

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

MODELAGE PARENTAL DES STRATÉGIES D'ADAPTATION
CHEZ LES ENFANTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR

LYNE HÉBERT

JANVIER 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Il est important de mentionner l'implication et l'aide précieuse de plusieurs personnes dans la réalisation de cet ouvrage. Cette section est donc dédiée à remercier les gens qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à la réussite de mon mémoire.

Tout d'abord, je souhaite exprimer ma gratitude envers ma directrice de maîtrise Martine Hébert, Ph.D, pour son soutien constant, ses précieux conseils et ses commentaires constructifs. Un merci spécial à ma codirectrice Isabelle V. Daignault d'avoir accepté de lire et commenter mon travail malgré son horaire chargé.

J'aimerais remercier mes collègues du laboratoire de recherche de Martine Hébert pour leurs nombreux conseils et leur soutien, en particulier Claudel Parent Boursier, pour l'aide apportée lors de mes analyses. Nos nombreuses rencontres m'ont permis de mieux comprendre les méthodes quantitatives et de m'améliorer. Merci à toute l'équipe de travail du laboratoire de recherche de Martine Hébert qui fait un travail fantastique afin d'améliorer la qualité de vie des enfants victimes d'AS et qui m'a aidée à recueillir les données pour ce mémoire.

Je suis reconnaissante envers l'équipe du Centre d'Expertise Marie-Vincent (CEMV) qui a collaboré à ce projet, mais qui m'a aussi permis d'apprendre énormément sur le terrain. Au personnel du CEMV pour m'avoir accueilli parmi vous aussi chaleureusement, je vous dis merci ! Je dois également témoigner mes remerciements à la Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants et de l'Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA) pour le soutien par le biais de bourses de recherche.

Je désire également remercier mon conjoint Jean-François, sans qui je n'aurais pu trouver la motivation pendant les périodes difficiles. C'est grâce à tes nombreux conseils, tes mots d'encouragement et ta compréhension que j'ai su accomplir ce mémoire. À mon père Anthony, ma mère Denise et ma sœur Nicole, merci de toujours avoir cru en moi et de m'avoir poussée vers mon plein potentiel tout au long de ma vie. Je ne serais pas où je suis aujourd'hui sans vous ! Merci aussi à mes amis pour leur écoute et leur présence dans les moments de remise en question aussi que dans les bons moments.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	1
1.1 Définition de l'agression sexuelle.....	1
1.2 Prévalence et conséquences de l'agression sexuelle.....	2
1.3 Les facteurs qui influencent l'adaptation des enfants	5
1.4 Objectifs de l'étude	7
CHAPITRE II	
MODÈLES CONCEPTUELS	8
2.1 Modèle de Friedrich	8
2.1.1 Le fonctionnement avant l'abus	8
2.1.2 La nature du traumatisme.....	9
2.1.3 La réponse initiale	10
2.1.4 Les réactions à long terme.....	10
2.2 Modèle transactionnel de Spaccarelli.....	11
2.2.1 Les facteurs stressseurs.....	11
2.2.2 Les facteurs déterminants.....	11
2.2.3 Les facteurs modérateurs.....	12
2.2.4 Les facteurs d'ajustement.....	13
2.3 Les stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman	13
2.4 La théorie du modelage de Bandura.....	14
2.4.1 Le modelage de stratégies d'adaptation chez l'enfant confrontés à des événements stressants.....	15
2.5 Bilan et lien avec l'étude.....	17
CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE.....	19

3.1	Participants.....	19
3.2	Procédures.....	19
3.3	Mesures	20
3.3.1	« Ways of Coping Questionnaire »	21
3.3.2	« Self-report Coping Scale »	21
3.3.3	Dominique Interactif	21
CHAPITRE IV		
RÉSULTATS.....		23
4.1	Données descriptives.....	23
4.2	Corrélations entre les stratégies d'adaptation du parent et celles de l'enfant	24
4.3	Corrélations entre les stratégies d'adaptation et les troubles intériorisés et extériorisés	25
4.4	Analyses de régression.....	25
4.4.1	Prédiction des stratégies d'adaptation de l'enfant chez les filles	26
4.4.2	Prédiction des stratégies d'adaptation de l'enfant chez les garçons.....	26
4.4.3	Prédiction des troubles de comportement chez les filles.....	26
4.4.4	Prédiction des troubles de comportement chez les garçons	27
CHAPITRE V		
DISCUSSION.....		28
5.1	Discussion	28
5.1.1	Corrélations entre les stratégies d'adaptation du parent et celles de l'enfant....	29
5.1.2	Corrélations entre les stratégies d'adaptation et les troubles intériorisés et extériorisés	30
5.1.3	Prédiction des stratégies d'adaptation de l'enfant chez les filles	31
5.1.4	Prédiction des stratégies d'adaptation de l'enfant chez les garçons.....	31
5.1.5	Prédiction des troubles de comportement chez les filles.....	32
5.1.6	Prédiction des troubles de comportement chez les garçons	33
5.2	Limites de l'étude.....	33
5.3	Pistes pour les études futures	34
CONCLUSION.....		36

ANNEXE A	
FIGURES.....	39
ANNEXE B	
TABLEAUX.....	43
ANNEXE C	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	50
RÉFÉRENCES	54

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
A.1	Modèle de Friedrich (1990).....	40
A.2	Modèle transactionnel de Spaccarelli (1994)	41
A.3	Pourcentage d'enfants ayant atteint le seuil clinique pour chaque type de symptômes.....	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
B.1	Les corrélations entre les stratégies d'adaptation du parent et de l'enfant	44
B.2	Les corrélations entre les stratégies d'adaptation du parent, de l'enfant et les symptômes de l'enfant	45
B.3	Résultats des analyses de régression permettant de prédire les stratégies d'approche et d'évitement des filles	46
B.4	Résultats des analyses de régression permettant de prédire les stratégies d'approche et d'évitement des garçons	47
B.5	Résultats des analyses de régression permettant de prédire les troubles intérieurs et extérieurs des filles.....	48
B.6	Résultats des analyses de régression permettant de prédire les troubles intérieurs et extérieurs des garçons	49

RÉSUMÉ

Cet ouvrage s'intéresse aux stratégies d'adaptation (approche et évitement) des enfants victimes d'agression sexuelle et examine plus spécifiquement si les stratégies permettent de prédire les troubles intériorisés et extériorisés. Cette étude explore aussi l'impact des stratégies d'adaptation du parent (résolution de problème, recherche de soutien social et évitement) sur les stratégies d'adaptation utilisées par l'enfant ainsi que sur les symptômes de l'enfant. L'échantillon se compose de 96 enfants (âgés de 6 à 12 ans) victimes d'agression sexuelle et de leurs parents. Les résultats ont permis de constater que les enfants dont les parents utilisent des stratégies d'évitement sont susceptibles d'afficher davantage de problèmes de comportement intériorisés et extériorisés. De plus, les données suggèrent que les filles dont les parents utilisent fréquemment des stratégies d'adaptation d'approche, sont susceptibles d'afficher moins de troubles intériorisés. Par ailleurs, les filles qui ont recours à des stratégies d'évitement démontrent davantage de symptômes intériorisés. Enfin, les filles plus jeunes sont susceptibles d'afficher des troubles intériorisés et extériorisés plus importants. Chez les garçons, aucune variable ne prédit la présence de symptômes tant intériorisés qu'extériorisés. Pour ce qui est des stratégies d'adaptation des enfants, aucune variable ne les prédit pour les filles. Cependant, l'utilisation de la résolution de problème du parent prédit les stratégies d'approche chez les garçons.

Mots-clés : Agression sexuelle; enfants; stratégies d'adaptation; conséquences.

INTRODUCTION

L'agression sexuelle (AS) pendant l'enfance est un phénomène considérablement répandu associé à de graves conséquences sur le développement et le fonctionnement de la victime. Malgré cela, la problématique de l'agression sexuelle n'a pas toujours été une préoccupation comme elle l'est aujourd'hui. C'est grâce au rapport de Badgley (1984) que certains changements législatifs relatifs à cette problématique ont été apportés en 1998 (Gouvernement du Québec, 2001). Depuis, le processus de dénonciation a été simplifié et les services de protection offerts aux victimes ont été bonifiés. L'agression sexuelle est désormais considérée comme un véritable problème social inspirant de nombreuses études, lesquelles documentent entre autres, l'ampleur du phénomène ainsi que ses conséquences néfastes sur les victimes.

Aujourd'hui, les nombreuses séquelles associées à l'AS, tant sur le plan affectif, social que cognitif, sont mieux connues. De plus, il a été démontré que certaines variables, telles que les stratégies utilisées afin de faire face à l'agression, soit les stratégies d'adaptation de l'enfant, peuvent avoir une incidence sur ces séquelles (Hébert, Collin-Vézina, Daigneault, Parent et Tremblay, 2006). Malgré ces avancements, il reste essentiel de poursuivre les études dans ce domaine afin de mieux comprendre les différences reliées au sexe de la victime en ce qui a trait aux stratégies d'adaptation et à l'influence des réactions des parents.

Ainsi, la présente étude a d'abord comme objectif d'évaluer le lien entre les stratégies d'adaptation du parent et celles de l'enfant victime d'agression sexuelle (VAS). Ensuite, le lien entre ces stratégies et les symptômes (intériorisés et extériorisés) de l'enfant sera exploré par le biais d'analyses corrélationnelles. Enfin, des analyses de régression permettront d'évaluer la contribution des stratégies d'adaptation sur les troubles intériorisés et extériorisés.

Ce mémoire traditionnel comporte cinq chapitres. Le premier chapitre présente un état des connaissances en matière d'agression sexuelle envers les enfants. Cette section présente la définition gouvernementale de l'AS et sa prévalence. De plus, elle dresse un ensemble des variables descriptives associées à l'AS ainsi que ses conséquences.

Le second chapitre présente un résumé de quatre modèles conceptuels qui ont guidé l'élaboration de cette étude. Les deux premiers modèles, soit le modèle de Friedrich (1990) et le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994), illustrent l'influence des stratégies d'adaptation ainsi que de l'environnement sur les symptômes de la victime d'AS. Pour sa part, le modèle des stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman (1984) permet de décrire les différents types de stratégies d'adaptation possible (dont les stratégies d'évitement et d'approche) ainsi que de comprendre leur influence sur les symptômes de l'enfant. Les facteurs qui influencent ces stratégies d'adaptation sont également présentés dans cette section. Enfin, la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1961) permet d'illustrer le phénomène de transmission parentale d'un comportement à son enfant par modelage. Ce chapitre se termine avec une recension d'études pertinentes réalisées à ce jour permettent d'appuyer la pertinence de l'étude menées. Puisqu'à notre connaissance, aucune étude n'a exploré le modelage parental des stratégies d'adaptation chez les victimes d'AS, les études présentées proviennent de différents domaines jugés connexes à la problématique des agressions sexuelles.

Le troisième chapitre aborde les aspects méthodologiques de l'étude en donnant un descriptif des participants, des procédures et des mesures utilisées. Le quatrième chapitre présente les résultats des analyses effectuées, lesquelles sont par la suite discutées dans le cinquième chapitre. Enfin, la conclusion ainsi que les apports sexologiques de la présente étude seront présentés dans le dernier chapitre.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Cette section propose en premier lieu une définition de l'agression sexuelle. Les données récentes quant à la prévalence et les conséquences des agressions sexuelles au cours de l'enfance vers la vie adulte sont ensuite présentées. Le chapitre se termine avec les objectifs de l'étude.

1.1 Définition de l'agression sexuelle

La définition de l'agression sexuelle varie selon les auteurs. Dans ce contexte, il est important de bien définir ce concept. Dans le cas du présent ouvrage, la définition du gouvernement du Québec sera retenue. Les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle du Québec (2001) définissent ainsi l'AS :

Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne (p. 22).

De nombreux facteurs peuvent être considérés en étudiant la problématique des AS. Les agressions sexuelles peuvent par ailleurs varier en intensité (fréquence), durée, sévérité des gestes, liens avec l'agresseur, présence ou non de coercition. Cependant, ces variables ne déterminent pas nécessairement les difficultés d'adaptation de l'enfant (Daignault et Hébert, 2009). Ainsi, une agression commise par une personne ayant un lien familial avec la victime est considérée comme une agression sexuelle intrafamiliale. Cette catégorie comprend les gestes commis par un parent biologique, un membre de la fratrie, un beau-parent, un enfant

du beau-parent, un oncle ou une tante, un cousin ou une cousine ou encore un grand-parent. Les agressions extrafamiliales réfèrent aux actes commis par des tiers qui peuvent être inconnus de la victime ou connus, comme par exemple un gardien, un enfant de famille d'accueil, un ami de la famille ou encore un voisin.

Les gestes posés sur la victime diffèrent aussi en gravité. Russell (1983) propose une classification à trois niveaux en fonction de la sévérité des gestes commis par l'agresseur sur la victime. Selon cette nomenclature, les gestes moins sévères font référence aux attouchements par-dessus les vêtements, aux baisers et aux actes d'exhibitionnisme de l'agresseur. Les gestes qualifiés de sévères incluent les attouchements sous les vêtements ou sur une victime dénudée jusqu'à la pénétration digitale. Enfin, la troisième catégorie réfère aux gestes très sévères et regroupe des comportements tels que les contacts oraux, des tentatives de pénétration, des pénétrations vaginales ou anales complètes ainsi qu'une implication dans la pornographie juvénile. La sévérité des gestes posés est susceptible d'influencer la sévérité des conséquences. La durée de l'événement peut aussi avoir une incidence sur les symptômes des victimes. Cependant, le niveau de sévérité des symptômes serait mieux expliqué par la combinaison des facteurs énumérés ci-haut et non par un facteur isolé (Daignault et Hébert, 2009). La présente étude se concentre sur des facteurs moins étudiés – soit les stratégies d'adaptation - qui peuvent influencer sur le niveau de sévérité des symptômes.

1.2 Prévalence et conséquences de l'agression sexuelle

L'agression sexuelle est un phénomène relativement répandu qui touche entre 18% des filles et 7,6% des garçons avant l'âge de 18 ans (Stoltenborgh, IJzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg, 2011). Selon une étude de l'Agence de santé publique du Canada (2006), 60 % des agressions sont vécues pendant l'enfance, soit avant l'âge de 18 ans. Ce sont les filles âgées entre 7 et 13 ans qui seraient les plus vulnérables à la problématique (Friedrich, 1990).

De façon générale, les conséquences se manifestent différemment selon le groupe d'âge de la victime (Hébert, Collin-Vézina, Daigneault, Parent, Tremblay, 2006), le sexe de celle-ci (Maikovich, Koenen et Jaffee, 2009) et les circonstances reliées à l'agression (Daignault et

Hébert, 2009). En plus des séquelles qui peuvent entraver l'adaptation du jeune enfant, l'AS risque d'entraîner des symptômes qui perdurent à l'âge adulte (Brière et Elliot, 2003).

En effet, à l'adolescence et même à l'âge adulte, les victimes d'AS risquent de développer certains troubles, notamment les difficultés relationnelles et sexuelles. La promiscuité sexuelle (Upchurch et Kusonoki, 2004), ou à l'inverse, l'abstinence (Derenne et Roberts, 2010) sont pour certains auteurs des problèmes qui peuvent survenir au fil du temps. Le désir de s'engager dans de nombreuses relations sexuelles avec différents partenaires peut être le résultat d'une faible estime de soi alimentée par l'agression ou encore la recherche d'affection (Upchurch et Kusonoki, 2004). Les études révèlent aussi la présence de dysfonctions sexuelles, de perte de désir sexuel et d'insatisfactions relationnelles chez les adultes ayant vécu une AS (Rumstein-McKean et Hunsley, 2001).

Certains symptômes, comme ceux de l'état de stress post-traumatique (ESPT), peuvent aussi avoir un impact sur la sexualité de la victime d'AS. Les « flashbacks » lors des relations sexuelles en sont de bons exemples, pouvant ainsi créer certains blocages par la suite sur le plan sexuel (Derenne et Roberts, 2010). D'autres conséquences sont possibles chez les victimes d'AS tel que des problèmes d'image corporelle (Sean, Carey, Vanable *et al.*, 2006). L'événement traumatisant peut aussi avoir des retombés sur les relations amoureuses et intimes. En effet, il est possible que la personne ayant été victime développe une peur et une hypervigilance envers les hommes puisque les agresseurs sont majoritairement masculins (Colao et Hunt, 1983). Il faut aussi considérer le lien de confiance qui peut avoir été trahi par l'agresseur en commettant ces gestes (Whiffen et Macintosh, 2005). Ainsi, les relations avec les autres, dont les relations amoureuses, peuvent s'avérer difficiles puisque la victime demeure méfiante, même envers les personnes de confiance dans son entourage (Whiffen et MacIntosh, 2005).

Suite à une telle expérience, il est possible que les victimes d'AS, peu importe l'âge, développent des symptômes d'ESPT (Kendall-Tackett, Meyer Williams, et Finkelhor, 1993). En effet, l'ESPT se développe à la suite d'un événement traumatique (American Psychiatric Association, 2013). Le ESPT regroupe des symptômes tels que les cauchemars, l'anxiété, les *flashbacks* et de l'hypervigilance (Kendall-Tackett, *et al.*, 1993). Plus spécifiquement selon le DSM-V, le ESPT comprend quatre types de symptômes; la réexpérimentation, l'évitement,

l'humeur et les cognitions négatives ainsi que l'activation neurovégétative ou l'altération d'éveil et de réactivité (American Psychiatric Association, 2013). Il est nécessaire de présenter ces symptômes pour une période d'au moins un mois afin de poser un tel diagnostic (American Psychiatric Association, 2013). Il faut souligner que l'évitement fait partie des symptômes du ESPT tout en étant souvent décrit comme l'une des stratégies d'adaptation utilisée pour gérer un événement stressant.

Par ailleurs, les stéréotypes qui renvoient la responsabilité de l'AS à la victime ainsi que certaines expériences telles que l'excitation sexuelle lors de l'agression peuvent mener la victime à vivre une certaine anxiété ou confusion face à l'événement et à son identité sexuelle. Ceci serait particulièrement vrai pour les garçons victimes d'AS (Rogers et Terry, 1984) en raison des stéréotypes et normes sociales. En réponse à cette démasculinisation, il est possible qu'ils aient recours à des moyens de domination tels que l'agressivité et le non-respect de l'autorité (Rogers et Terry, 1984).

Chez les enfants, les conséquences de l'AS peuvent s'inscrire dans toutes les sphères de la vie de la victime (physiologique, psychologique, social, milieu scolaire, etc.). Par exemple, au plan social, les sentiments de honte et de culpabilité souvent liées à une AS peuvent faire en sorte qu'il soit difficile pour la victime de créer des liens avec les pairs (Webster, 2001). De plus, pour une portion non négligeable des enfants victimes d'AS, des troubles d'adaptation scolaire peuvent être présents (Daignault et Hébert, 2004; Daignault et Hébert, 2008; Daignault et Hébert, 2009). Au plan psychologique, les auteurs réfèrent par ce principe à des symptômes d'anxiété et de dépression. Des blessures d'ordre physique lors de l'événement peuvent aussi être manifestes (ecchymoses, fractures, lésions, etc.), mais sont plutôt rares puisque les agresseurs utilisent plutôt les menaces et l'abus de confiance pour surmonter la résistance de l'enfant et commettre le crime (Agence de santé publique du Canada, 2006). Cependant, des problèmes liés à des plaintes somatiques sont souvent rapportés (Hoffman, 1995). En plus de présenter des conséquences sur le plan social, psychologique et physique, tel que mentionné précédemment, il est aussi possible qu'un enfant victime d'AS développe des conséquences sur le plan sexuel (Brière et Elliot, 2003). Celles-ci perdurent jusqu'à l'âge adulte en se manifestant de manière différente selon la période de développement de la victime (Brière et Elliot, 2003). Certains jeunes enfants peuvent initier des comportements

sexuels considérés inappropriés avec leurs pairs. Lorsque ces comportements sexuels vont au delà de ce qui est attendu en fonction du niveau de développement de l'enfant, ces comportements sont souvent une source d'inquiétude pour les parents. Malgré leur nature sexuelle, les comportements sexualisés exhibés par les enfants peuvent répondre à différents besoins affectifs ou de régulation ou s'inscrire dans une symptomatologie d'ESPT, comme symptôme de réexpérimentation (Tremblay, Hébert et Piché, 2000).

Les troubles de comportements associés à l'AS peuvent aussi être globalement classifiés en deux catégories; les comportements intériorisés et extériorisés. Dans le cadre de cette étude, à partir des sous-dimensions du Dominique Interactif, les symptômes de dépression, d'anxiété de séparation, d'anxiété généralisée et de phobies spécifiques sont considérés comme des troubles de comportements intériorisés. Ce sont les symptômes du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), d'opposition et de trouble de la conduite qui constituent les troubles de comportements extériorisés selon ce même outil d'évaluation. On remarque, par ailleurs, que les comportements intériorisés sont plus fréquents chez les filles et que les comportements extériorisés sont plus fréquents chez les garçons victimes d'AS (Banyard, Williams et Siegel, 2004).

1.3 Les facteurs qui influencent l'adaptation des enfants

Il est clair que les conséquences des agressions sexuelles sont nombreuses et qu'elles sont associées à un impact néfaste sur la vie des victimes. Ainsi, les études menées à ce jour ont contribué à bonifier les pratiques d'intervention implantées dans divers milieux. De telles pratiques visent à aider l'enfant victime d'une AS à composer avec les répercussions immédiates, mais aussi à atténuer les conséquences qui risquent de se manifester à long terme. À ce jour, les études empiriques ont permis d'isoler certains problèmes et d'identifier certains profils d'adaptation pour les enfants ayant dévoilé une AS (Daignault et Hébert, 2009; Hébert, Parent, Daignault, et Tourigny, 2006). Ces données offrent des pistes pertinentes permettant d'offrir une intervention plus adaptée aux besoins particuliers de chaque enfant (Daignault et Hébert, 2009; Hébert et al., 2006). Les recherches empiriques contribuent aussi à l'acquisition des connaissances scientifiques et sexologiques nécessaires afin d'identifier les différents facteurs pouvant avoir un impact sur l'adaptation des enfants à

la suite du dévoilement d'une AS. Parmi les facteurs qui ont été identifiés, on retrouve les stratégies d'adaptation qui renvoient aux méthodes utilisées par la victime afin de faire face à une situation stressante.

Plusieurs études suggèrent que les stratégies d'adaptation influencent la sévérité des symptômes chez les enfants victimes d'AS (Hébert *et al.*, 2006). Les stratégies d'adaptation sont généralement regroupées en deux grandes catégories : les stratégies d'approche et les stratégies d'évitement (Lazarus, 1993). Une stratégie d'approche réfère aux actions et comportements qui visent à faire face à une situation stressante dans le but d'effectuer des changements concrets pour essayer d'améliorer la situation initiale (Lazarus, 1993). Tout le contraire, les stratégies d'évitement réfèrent à des comportements qui permettent à l'individu de ne pas avoir à confronter les informations difficiles (Lazarus, 1993). Une forme d'évitement peut être représentée par le déni (Lazarus, 1993). Pour les personnes confrontées à une situation d'AS, cette stratégie d'adaptation peut sembler bénéfique à court terme - limitant le niveau de détresse ressenti initialement - mais bon nombre d'études ont documenté qu'à long terme, le recours aux stratégies d'évitement est associé à des difficultés plus importantes (Hébert *et al.*, 2006). En effet, les enfants victimes d'AS qui utilisent l'évitement présentent plus de comportements intériorisés ainsi qu'extériorisés que les enfants non-victimes (Tremblay, Hébert et Piché, 1999).

Bien que chaque individu ait recours à une stratégie d'adaptation afin de faire face à une situation stressante, devant une même situation donnée, certains vont opter pour des stratégies d'évitement plutôt que d'employer une stratégie d'approche (Lazarus, 1993). Les déterminants des stratégies d'adaptation utilisées sont multiples. Parmi ceux-ci figure l'apprentissage par modelage (Valiente, Fabes, Eisenberg et Spinrad, 2004). En effet, des études menées auprès d'enfants atteints de maladie chronique ou victimes de catastrophe naturelle démontrent qu'il existe un lien entre la stratégie d'adaptation utilisée par un parent et celle de son enfant, ce qui rejoint la théorie du modelage parental (Williamson, Walters, et Shaffer, 2002). L'influence du modelage parental sur les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants ayant vécu une AS reste par contre à démontrer.

Certaines variables liées à la situation vécue, soit la durée, la sévérité des gestes posés, l'utilisation de force et le lien de connaissance avec la victime, peuvent aussi influencer

l'intensité des symptômes de l'enfant (Daignault et Hébert, 2009). Cependant, les facteurs personnels, tels les stratégies d'adaptation, et les facteurs familiaux, notamment le soutien accordé à l'enfant, ont souvent un effet plus important sur l'intensité des symptômes des victimes d'AS (Spaccarelli, 1994). De ce fait, puisque les réactions parentales peuvent avoir un impact sur l'enfant, il est non seulement important de considérer les variables liées à la situation vécue et la personnalité de la victime, mais également celle de son entourage. Dans cette optique, une étude démontre que la détresse psychologique ainsi que l'historique d'AS et de violence conjugale vécues par la mère doivent être pris en considération (Hébert, Daigneault, Collin-Vézina et Cyr, 2007).

1.4 Objectifs de l'étude

Le but de la présente étude consiste à analyser la relation entre les stratégies d'adaptation du parent et les stratégies utilisées par l'enfant victime d'AS. De plus, le lien entre les stratégies d'adaptation utilisées par le parent et l'enfant et les symptômes (intérieurisés et extériorisés) de l'enfant sera étudié. Cette étude a ensuite comme objectif d'évaluer la contribution des stratégies d'adaptation des enfants et des parents à la prédiction de la sévérité des troubles intérieurisés et extériorisés chez l'enfant.

CHAPITRE II

MODÈLES CONCEPTUELS

Cette section permet de décrire les différents modèles qui ont servi de bases conceptuelles pour la présente étude. Le modèle de Friedrich est tout d'abord présenté, de même que le modèle transactionnel de Spaccarelli. Ceux-ci sont des modèles qui expliquent les conséquences potentielles des agressions sexuelles. Ensuite, le modèle des stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman est présenté. Ainsi, les stratégies d'adaptation utilisées par les victimes d'agression sexuelle de même que les facteurs qui influencent les stratégies d'adaptation sont abordées. Enfin, la théorie de l'apprentissage social de Bandura est présentée, ainsi qu'une recension des études antérieures sur le modelage de stratégies d'adaptation chez les enfants confrontés à des événements stressants.

2.1 Modèle de Friedrich

Friedrich (1990) propose un modèle conceptuel en lien avec les conséquences de l'agression sexuelle. Selon ce modèle, présenté en annexe à la figure 1, quatre éléments sont susceptibles d'influencer les conséquences de l'AS : le fonctionnement de l'enfant avant l'abus; la nature du traumatisme ; la réponse initiale de l'enfant et de son entourage (réactions et stratégies d'adaptation) ; les phases intermédiaires et les réactions à long terme.

2.1.1 Le fonctionnement avant l'abus

Selon le modèle de Friedrich, afin de mieux comprendre les conséquences associées à l'AS, il est important de considérer le développement antérieur de l'enfant ainsi que les psychopathologies possiblement existantes (Wright *et al.*, 1999). Cette dimension tient compte de trois éléments : les facteurs de risque, les conditions préalables à l'AS et les variables familiales.

Ainsi, Friedrich (1990) affirme - à partir des données recueillies dans les études antérieures - que le risque d'être victime d'AS n'est pas le même pour tous les enfants. Ainsi, certains facteurs tels que l'âge, le sexe et le lien avec l'agresseur sont susceptibles d'accroître le

risque qu'un enfant vive une agression sexuelle. Certains facteurs familiaux peuvent aussi augmenter les risques de victimisation, tels que la pauvreté, le chômage, l'ethnicité, l'absence de figure paternelle et l'antécédent d'AS chez les parents (Friedrich, 1990). Aussi, les enfants qui évoluent dans un climat difficile, c'est-à-dire qui grandissent dans une famille dysfonctionnelle ou dont les parents sont non disponibles (par exemple, suite à un divorce, ou un deuil) semblent plus à risque de vivre une AS. Certaines caractéristiques de l'enfant, comme sa personnalité, ses connaissances et ses compétences sociales, peuvent également influencer le risque de victimisation (Friedrich, 1990).

Friedrich s'inspire par ailleurs d'un modèle proposé par Finkelhor et Browne (1985), lequel postule que quatre conditions sont préalables à une AS. Il y a tout d'abord la présence de motivation chez l'agresseur à abuser d'un enfant. Puis il doit y avoir la présence de stratégies afin de surmonter ses inhibitions internes afin de passer à l'acte pour ensuite surmonter les obstacles externes (ex. parents). Enfin, l'agresseur doit surmonter les résistances de l'enfant, souvent fait par manipulation, menaces ou emploi de force physique.

Finalement, les variables familiales et sociales sont aussi les mêmes qui ont été décrites dans la présentation des facteurs de risque. En effet, Wright et ses collègues (1999) rapportent que l'absence ou la désorganisation du cadre parental ou, à l'inverse, un encadrement extrêmement rigide pourraient augmenter les risques d'AS. La même chose serait vraie s'il y avait une inversion des rôles mère-fille, une répartition inégale du pouvoir dans la famille, une faible capacité de résolution de problème et de l'isolement. Ces éléments sont non seulement des facteurs de risque, mais ont aussi un impact majeur sur les conséquences découlant de l'AS.

2.1.2 La nature du traumatisme

La deuxième composante du modèle de Friedrich (1990) intègre le modèle traumagénique de Finkelhor et Browne (1985), lequel associe quatre traumatismes potentiels à l'AS. Le premier traumatisme est en lien avec la sexualité. Les gestes en lien avec l'AS vécus par l'enfant peuvent entraîner un développement précoce au plan sexuel risquant ainsi que l'enfant se forge de fausses croyances face à la sexualité. L'impression d'avoir été utilisé comme un objet sexuel pourrait aussi avoir un effet semblable sur la perception de la sexualité de

l'enfant. L'enfant victime d'AS peut ainsi développer des problèmes d'image corporelle, qui peuvent éventuellement se traduire par des difficultés au plan sexuel. Les auteurs affirment par ailleurs que l'enfant victime d'AS peut développer des sentiments de trahison. Ces sentiments découlent de la déloyauté de l'agresseur envers la victime ou du manque de confiance du parent non-agresseur ou d'un autre adulte significatif, qui ne croit pas les allégations de l'enfant. L'enfant victime pourrait donc développer des sentiments de méfiance à l'égard des autres. La troisième dynamique traumatisante, selon Finkelhor et Browne (1985), fait référence au sentiment d'impuissance de l'enfant. La victime, qui a l'impression qu'elle n'a aucun pouvoir pour changer la situation, risque d'être plus vulnérable à la revictimisation. Finalement, le processus du dévoilement peut stigmatiser la victime d'AS : les messages transmis par l'agresseur ainsi que les mythes et les préjugés véhiculés dans la société sont susceptibles de générer de la honte et de la culpabilité chez l'enfant (Finkelhor et Browne, 1985).

2.1.3 La réponse initiale

La troisième composante du modèle de Friedrich (1990), qui peut avoir une incidence sur les symptômes de l'enfant victimes d'AS, concerne les réactions et les stratégies d'adaptation de l'enfant ainsi que de ses parents. Chaque enfant est différent; plusieurs vont ainsi développer et maintenir certaines séquelles (intérieurisés et/ou extériorisés), tandis que d'autres, non. Ceci dépendrait des ressources à leur disposition ainsi que des stratégies d'adaptation qu'ils utilisent (Friedrich, 1990). Il ne faut pas négliger l'impact majeur des parents et du milieu familial sur la réaction de l'enfant, puisque leur réponse au dévoilement de l'AS peut avoir une influence plus importante que les caractéristiques spécifiques de l'AS elle-même (Friedrich, 1990). Ainsi, les stratégies d'adaptation de l'entourage ont un impact sur les réactions de l'enfant, qui vont à leur tour influencer les stratégies d'adaptation de l'enfant.

2.1.4 Les réactions à long terme

La dernière composante du modèle de Friedrich (1990) porte sur les réactions à long terme qui comprennent quatre processus : le degré de fixation, le développement, les événements déclencheurs et les phases intermédiaires. La fixation altère le développement normal de la victime d'AS infantile à plusieurs niveaux. Par exemple, un enfant victime d'AS peut

surinvestir une certaine facette de sa vie (ex.: performance scolaire, réponses sexuelles) au détriment d'autres (ex.: relations interpersonnelles). Dans le cas où l'enfant victime d'AS vit une forme de détresse en lien avec son agression sexuelle, il peut entrer dans un processus de déni, où il cherche inconsciemment à exclure l'événement de sa conscience. Enfin, la phase intermédiaire, c'est-à-dire la période où se développent et se maintiennent certaines conséquences à la suite de l'AS, peut être influencée par le fonctionnement de l'enfant avant l'abus, la nature du traumatisme et la réponse initiale de l'enfant et de son entourage. Pendant cette période, il est possible que certaines séquelles s'estompent tandis que de nouvelles apparaissent.

2.2 Modèle transactionnel de Spaccarelli

Il existe d'autres modèles qui confirment l'importance des stratégies d'adaptation chez les victimes d'AS tel le modèle de Spaccarelli (1994). Ce modèle, illustré à la figure 2 de l'annexe, comporte quatre dimensions ; les facteurs stressseurs, les facteurs déterminants, les facteurs modérateurs et les facteurs d'ajustement.

2.2.1 Les facteurs stressseurs

Spaccarelli (1994) propose pour sa part un modèle transactionnel tenant compte de multiples facteurs médiateurs entre l'AS et les conséquences psychologiques. Selon cet auteur, l'AS est en fait composée d'une série de stressseurs provenant de l'événement en soi et de son dévoilement. Ainsi, le dévoilement peut susciter des changements familiaux et environnementaux, qui à leur tour peuvent influencer l'adaptation de l'enfant victime. Ce modèle prend donc en considération toutes les composantes qui sont directement liées à l'AS, telles que les caractéristiques et les événements associés, mais aussi les suites du dévoilement.

2.2.2 Les facteurs déterminants

Pour définir la dimension des facteurs déterminants, Spaccarelli s'appuie sur les quatre dynamiques traumatisantes proposées par Finkelhor et Brown (1985) décrites précédemment. Les événements associés réfèrent aux changements qui peuvent survenir à la suite du dévoilement d'une AS : tensions ou conflits familiaux, isolement social, réactions négatives

de l'entourage. Enfin, les réactions qui suivent le dévoilement peuvent elles aussi, selon Spaccarelli, avoir un impact sur les symptômes des victimes d'AS. En cela, l'auteur rejoint le modèle de Friedrich (1990), selon lequel la réaction du parent peut influencer les réactions de l'enfant, mais aussi son choix de stratégies d'adaptation. La réaction des autorités publiques c'est-à-dire à la suite du signalement peut aussi avoir des répercussions non négligeables sur les symptômes que développera l'enfant victime d'AS. En effet, ce dernier peut être confronté à différents événements de vie (placement en famille d'accueil, diverses entrevues et témoignages au plan judiciaire, etc.) susceptibles d'influer sur son adaptation.

2.2.3 Les facteurs modérateurs

Selon Spaccarelli (1994) certains facteurs modérateurs, tels que la perception cognitive et les stratégies d'adaptation, vont aussi influencer les conséquences vécues par l'enfant victime d'AS. La perception cognitive fait référence à la signification qu'attribue (positive ou négative) l'individu à ses conséquences qui découlent de l'événement vécu. L'auteur, qui se base sur la théorie du stress et de l'adaptation de Lazarus et Folkman (1984) pour cette dimension, souligne que ce processus comporte quatre éléments, liés à des conséquences spécifiques : les perspectives physiques, psychologiques et sociales, de même que l'hypervigilance. Ainsi, dans le cas où il y aurait eu utilisation de la force lors de l'agression, la victime peut percevoir qu'elle a subi des dommages physiques. Cette perception pourrait entraîner l'apparition de symptômes tels que la somatisation, les difficultés sexuelles et l'agressivité. Selon l'auteur, lorsque la victime ressent de la honte, de la culpabilité, un sentiment d'infériorité ou encore une baisse d'estime de soi, les répercussions sont davantage de nature psychologique et les atteintes se situent plutôt sur les plans de l'anxiété, de la dépression, de l'isolement et des comportements autodestructeurs (alcool, drogues, automutilation, tentative de suicide, etc.). L'aspect social fait référence aux dommages qui affectent des relations importantes (conflits parentaux, divorces, placement en famille d'accueil, isolement social ou encore menaces de l'agresseur) et peut aussi mener à des symptômes comme l'anxiété et la dépression. Enfin, un enfant victime d'AS peut devenir méfiant envers ceux qui l'entourent et de ce fait développer une hypervigilance et des réactions d'hostilités, d'agressivité et d'isolement social. L'hypervigilance découle d'une perception de dangers potentiels excessifs en réponse au trauma, ce qui engendre des peurs

créant ainsi l'état d'alerte extrême. Pour ce qui est des stratégies d'adaptation, elles seront élaborées plus en détails dans la prochaine section.

2.2.4 Les facteurs d'ajustement

La dernière composante du modèle de Spaccarelli (1994) s'intéresse à l'ajustement de la victime. C'est l'environnement ainsi que la personnalité de la victime qui influencent les facteurs modérateurs chez la victime afin de gérer la situation traumatisante. Par conséquent, puisque les parents jouent un rôle majeur auprès de l'enfant, ils peuvent influencer sa réflexion cognitive et son choix de stratégies d'adaptation.

2.3 Les stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman

Bon nombre d'études ont documenté que les stratégies d'adaptation sont liées à la détresse psychologique, cela tant chez les populations d'adultes que chez les enfants confrontés à une variété d'événements stressants. Différents modèles sont utilisés pour définir ces stratégies d'adaptation. Un des plus utilisés et documentés dans la littérature est celui de Lazarus et Folkman (1984). L'une des composantes du modèle de Spaccarelli (1994), présenté dans cet ouvrage, fait aussi référence à ce modèle.

Il existe deux grandes catégories selon Lazarus (1993): les stratégies d'approche et les stratégies d'évitement. Les stratégies d'approche comprennent toute action servant à affronter la situation afin de la gérer (Lazarus, 1993). Puis inversement, les stratégies d'évitement consistent en un effort constant pour essayer d'oublier l'événement difficile pour ne pas y faire face (Lazarus, 1993). Puisque l'évitement aide à diminuer le niveau de détresse ressenti initialement, il peut sembler efficace et bénéfique à court terme. Cependant, à long terme, les victimes d'AS qui utilisent les stratégies d'évitement présentent plus de symptômes que ceux qui utilisent des stratégies d'approche (Hébert *et al.*, 2006). Chez les enfants, les stratégies d'approche font généralement référence à la recherche de soutien social, la résolution de problème et l'expression émotionnelle. Les stratégies d'évitement quant à elles réfèrent entre autres, au déni et à la dissociation.

Cela dit, Lazarus (1993) souligne que, confrontés à une même situation, certains individus optent pour une stratégie d'approche, alors que d'autres s'inscrivent dans une stratégie

d'évitement. Les déterminants des stratégies d'adaptation utilisées sont multiples. La présente étude s'intéresse particulièrement à l'apprentissage par modelage (Valiente, Fabes, Eisenberg, et Spinrad, 2004). Des études menées auprès de clientèles pédiatriques démontrent qu'il existe un lien entre la stratégie d'adaptation utilisée par les parents et celle utilisée par l'enfant afin de faire face à la maladie, appuyant ainsi la théorie du modelage parental (Williamson, Walters, et Shaffer, 2002). L'influence du modelage parental sur les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants ayant vécu une AS reste par contre à démontrer. La prochaine section offre une description de la théorie du modelage de Bandura.

2.4 La théorie du modelage de Bandura

Selon la théorie d'apprentissage social de Bandura, l'enfant apprend à utiliser ou à éviter certains comportements par la simple observation de ses parents (Doré et Mercier, 1992). Quand l'apprentissage est dit renforçateur, l'enfant est encouragé à reproduire le comportement observé lors d'une situation semblable, puisque les impacts associés sont désirés (Doré et Mercier, 1992). Dans le cas de l'apprentissage aversif, l'enfant ne reproduira pas le comportement observé afin d'éviter de vivre les conséquences néfastes associées à celui-ci. Il semble par ailleurs que l'apprentissage est facilité par une relation de nature affectueuse entre l'enfant et l'individu observé (Bandura et Huston, 1961). La récompense affective augmente l'effet de la récompense secondaire, c'est-à-dire qu'après un certain temps, l'enfant est capable de tirer satisfaction non seulement de l'attention accordée par le parent, mais aussi une satisfaction personnelle, puisqu'il est conditionné à croire que le comportement est adéquat (Bandura et Huston, 1961).

Dans cette optique, une relation de soutien entre un parent et son enfant présente des opportunités propices à l'expression des émotions, influençant ainsi les stratégies d'adaptation de l'enfant (Valiente, Fabes, Eisenberg, et Spinrad, 2004). Selon certains auteurs, les stratégies d'adaptation des parents, les effets de l'expérience stressante vécue par l'enfant ainsi que l'environnement familial aident à prédire la stratégie d'adaptation utilisée par l'enfant (Valiente *et al.*, 2004). Ainsi, les mères qui utilisent des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles peuvent servir de modèles pour leurs enfants qui, avec le temps, sont susceptibles de reproduire les mêmes comportements (Valiente *et al.*, 2004). Cependant, les

garçons et les filles semblent être influencés par leur modèle à différents degrés (Valiente *et al.*, 2004).

Selon certains auteurs, la mère aurait plus d'impact sur les stratégies d'adaptation de l'enfant que le père (Kliewer, Fearnow et Miller, 1996). Cette distinction pourrait être attribuée à la fréquence des interactions et à leur nature (ex. : les relations maternelles sont plus souvent orientées sur les émotions) (Valiente *et al.*, 2004). Les mères qui offrent du soutien sont aussi enclines à proposer des stratégies d'adaptation efficaces à leur enfant en l'incitant à formuler des réponses constructives face à des situations stressantes (Valiente *et al.*, 2004). Au contraire, les mères qui expriment un haut niveau d'émotions négatives démontrent des exemples de stratégies d'adaptation d'évitement (Valiente *et al.*, 2004). Avec le temps, les enfants peuvent penser que de telles émotions et de tels comportements - reliés à ces émotions négatives - sont socialement appropriés. C'est pourquoi, l'enfant peut en venir à reproduire des comportements similaires (Valiente *et al.*, 2004).

2.4.1 Le modelage de stratégies d'adaptation chez l'enfant confrontés à des événements stressants

L'influence des parents sur l'adaptation de l'enfant a été observée auprès d'enfant atteint de maladies chroniques. Quelques études offrent des données pertinentes en ce sens.

Une étude a été effectuée auprès de 59 enfants atteints de maladies chroniques (hémophilie, drépanocytose, cancer et arthrite rhumatoïde juvénile) et de leur mère afin de déterminer l'implication des stratégies d'adaptation des parents sur la douleur ressentie par l'enfant (Williamson, Walters et Shaffer, 2002). Afin d'évaluer le degré de douleur de l'enfant, les auteurs ont utilisé le dessin d'un thermomètre vertical (Beyer, Denyes, and Villarruel, 1992) sur lequel l'enfant devait exprimer le degré de douleur ressenti en coloriant le mercure le degré ressenti. De plus, une forme adaptée du « *The Children's Depression Inventory* » (CDI; Kovacs, 1985) a été utilisée pour identifier la présence et le niveau de sévérité de symptômes de dépression. Afin d'évaluer les stratégies d'adaptation de la mère, les auteurs ont eu recours au « *Ways of Coping Checklist* » (Lazarus et Folkman, 1984) et pour évaluer son niveau de dépression au « *The Center for Epidemiological Studies Depression Scale* » (CES-D; Radloff, 1977). Les résultats démontrent que la sensation de douleur est moins élevée lorsque le parent utilise des stratégies d'adaptation d'approche (recherche de soutien

social et résolution de problème) (Williamson, *et al.*, 2002). En plus d'avoir un impact sur la douleur, l'utilisation de stratégies d'approche par le parent est associée à une diminution du risque de développer des symptômes de dépression chez l'enfant (Williamson *et al.*, 2002). Tout comme les parents d'enfants victimes d'AS, les parents sujets à la dépression utilisent souvent l'évitement (Williamson *et al.*, 2002), ce qui peut expliquer le faible niveau de soutien offert à ces enfants et qui, par conséquent, pourrait amplifier les symptômes présentés par l'enfant (Williamson *et al.*, 2002).

Valiente (2004) en arrive à des conclusions semblables dans une étude, qui examine le lien entre l'expression émotionnelle du parent et les stratégies d'adaptation de l'enfant, menée auprès de 94 enfants âgés entre 7 et 12 ans et de leurs parents. Les données sont recueillies à l'aide de notes prises dans un journal de bord. Les résultats démontrent que l'expression émotionnelle négative des mères est négativement corrélée avec les stratégies d'approche de l'enfant. Une corrélation positive entre les stratégies d'adaptation efficaces de l'enfant et le soutien de la mère a aussi été décelée. Par contre, sans cette étude, l'expressivité émotionnelle du père n'est aucunement reliée aux stratégies d'adaptation de l'enfant, et l'expressivité positive de la mère ne prédit pas les stratégies efficaces de l'enfant.

Une autre étude, menée par Mahoney (2010), s'intéresse aux associations entre la détresse et les stratégies d'adaptation utilisées par 50 enfants de 7 à 16 ans lors d'une prise de sang, en tenant aussi compte des stratégies d'adaptation de leur parent et de l'infirmière. Les stratégies d'adaptation ont été cotées à l'aide du *Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale-Revised* (CAMPIS-R) à partir de bandes vidéos enregistrées lors de la prise de sang. Des tests non paramétriques ont été utilisés afin d'observer l'association entre les variables ainsi que des régressions multiples pour analyser les variables qui prédisent les stratégies utilisées par l'enfant. Les résultats démontrent que les stratégies d'adaptation utilisées par l'enfant dépendent de l'âge de ce dernier, de son niveau d'anxiété et de la promotion des stratégies d'adaptation efficaces par les adultes présents lors de la procédure, ceux-ci étant le parent et l'infirmière.

Les désastres naturels sont aussi considérés comme étant des événements de vie adverse qui sollicitent les stratégies d'adaptation. Salloum et Lewis (2010) se sont intéressés à l'adaptation des enfants et des parents à la suite de l'ouragan Katrina de 2005 en Louisiane.

Un total de 42 dyades mères-enfants âgés entre 7 et 12 ans ont été recrutés. Six mois après l'ouragan, les participants ont été invités à participer à une entrevue semi-dirigée. Les analyses descriptives révèlent que la stratégie d'adaptation active, qui réfèrent à la résolution de problème, la régulation d'émotion et la recherche de soutien, est la plus utilisée par les parents. Les auteurs rapportent que de leur côté, les enfants s'appuient plus souvent sur le soutien parental afin de faire face à un tel désastre. Par conséquent, puisque les parents utilisent des stratégies d'approche, les enfants utilisent peu les stratégies d'évitement (Salloum et Lewis, 2010)

2.5 Bilan et lien avec l'étude

Les modèles conceptuels qui ont été présentés suggèrent que les stratégies d'adaptation jouent un rôle important dans le fonctionnement suivant une AS. L'utilisation de stratégies dépend en partie des traits de personnalité de l'enfant, mais aussi de son environnement et plus particulièrement des parents. C'est en observant leurs parents que les enfants font certains apprentissages pour ensuite les reproduire; processus appelé modelage. Tel que mentionné précédemment, des études auprès d'enfants confrontés à des événements stressants démontrent que les stratégies d'adaptation utilisées pour faire face au stress peuvent être transmises par ce même processus de modelage. Ceci laisse croire que le même phénomène pourrait être présent chez les enfants victimes d'AS.

Ainsi, la combinaison de stratégies utilisées par l'enfant et par la mère peut jouer un rôle déterminant quant à la présence de symptômes chez l'enfant. Le modèle de Friedrich (1990) ainsi que celui de Spaccarelli (1994) soulignent l'importance du soutien offert à l'enfant victime d'AS. Ainsi, les symptômes de l'enfant seraient non seulement influencés par le type de stratégie d'adaptation utilisé (Lazarus, 1993), mais ils le seraient également par le soutien parental (Hébert *et al.*, 2007). Par exemple, le parent qui utilise des stratégies d'évitement est susceptible d'offrir un soutien parental minimal en lien avec l'évènement, puisqu'il n'affronte pas directement la situation que vit son enfant, en lui offrant l'écoute nécessaire. Par conséquent, il peut devenir difficile pour le parent d'accompagner l'enfant tout au long de son processus thérapeutique. À l'inverse, le soutien parental des parents qui utilisent une stratégie d'approche serait optimal (Valiente, Fabes, Eisenberg et Spinrad, 2004).

Les retombés de cette étude sont susceptibles de contribuer à une meilleure compréhension des facteurs liés à la sévérité des symptômes chez les enfants ayant vécu une AS. Les données permettront de vérifier la possible influence des stratégies d'adaptation du parent sur l'utilisation des stratégies d'approche ou d'évitement de l'enfant. Elles offriront aussi des pistes pertinentes quant à l'élaboration des pratiques d'intervention à privilégier auprès de parents de cette clientèle.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Cette section permet en premier lieu de décrire les participants de l'étude. Ensuite, les procédures suivies sont élaborées. Enfin, les outils d'évaluation qui ont été utilisés afin de recueillir les données sont décrits.

3.1 Participants

Tous les participants ont été recrutés au Centre d'Expertise Marie-Vincent à Montréal (CEMV). Ce centre offre des services d'évaluation et de traitement spécialisés et adaptés aux besoins des enfants victimes d'AS, ainsi qu'à leur famille. Seulement les situations d'agression sexuelle fondées sont prises en compte. Les enfants ayant un retard de développement trop sévère risquant d'entraver la compréhension des questionnaires ont été exclus. Un total de 96 enfants victimes d'agression sexuelle âgés entre 6 et 12 ans ont été recrutés. La cohorte est composée de 66 filles et 30 garçons francophones ayant un âge moyen de neuf ans (ÉT : 1.82). L'échantillon de parents, non-agresseurs, ($N=96$) est majoritairement composé de mères (77%). Pour le reste, l'échantillon se compose de parents d'accueil ainsi que d'autres adultes agissant comme figures parentales (17%) et de pères (6%).

3.2 Procédures

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche plus large dirigé par Martine Hébert et subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Les entrevues ont été menées par des assistantes de recherche, dont la candidate de ce mémoire. Elles ont été formées par des coordinatrices de recherche afin d'assurer une standardisation des méthodes d'évaluation. Trois questionnaires ont été utilisés dans le cadre de ce mémoire. Le Comité d'éthique de la recherche et du CHU Sainte-Justine ainsi que le Comité

institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIÉR) de l'Université du Québec à Montréal ont donné l'approbation pour cette recherche.

La complétion des questionnaires se faisait lors des premières rencontres au CEMV, avant même que la thérapie soit débutée. Lors de ces rencontres, une assistante de recherche, en présence d'une intervenante du CEMV, expliquait brièvement à la famille l'étude ainsi que les aspects de confidentialité. Il était clarifié que la participation est volontaire et qu'un refus n'aurait aucun impact sur la qualité des soins reçus au CEMV. Après avoir obtenu l'approbation écrite du parent et de l'enfant, ceux-ci étaient ensuite reconduits dans des salles distinctes, chacun étant accompagné respectivement d'une assistante de recherche qui les aidait à répondre aux questionnaires. Pour ce qui est de l'enfant, l'assistante de recherche lisait chaque question à haute voix et prenait le temps de s'assurer que la question était bien comprise. Après l'administration du questionnaire, l'enfant était dirigé vers un ordinateur afin de compléter le « Dominique interactif ». On demandait à l'enfant de s'imaginer dans la peau de Dominique, le personnage principal de la série d'images présentées. L'enfant devait répondre par « oui » ou « non » à l'aide du curseur de la souris à chaque question qui lui était illustrée en plus que de lui être posée à haute voix par le narrateur du logiciel. La durée d'administration de ce questionnaire était de 15 minutes. Une fois terminé, l'enfant était raccompagné au parent. Une passation complète des questionnaires durait environ 90 minutes.

3.3 Mesures

L'échelle de mesure « *Ways of Coping Questionnaire* » (WCQ) (Folkman et Lazarus, 1988) a été utilisée pour évaluer les stratégies d'adaptation des parents. Pour mesurer les stratégies d'adaptation des enfants, l'échelle de mesure « *Self-report Coping Scale* » (SRCS) (Causey et Dubow, 1992) a été employée. Afin d'évaluer les symptômes des enfants, le questionnaire électronique « Dominique Interactif » (Valla, Bergeron, St-Georges et Berthiaume, 2000) a été administré aux enfants. Un questionnaire sociodémographique a été rempli par le parent afin d'obtenir de l'information quant à son niveau d'éducation, la composition de la famille et le revenu annuel familial. De plus, les informations en lien avec l'agression, telle que la sévérité, la durée et l'identité de l'agresseur ont été recueillies à l'aide du questionnaire

« *History of Victimization* » (Wolfe, Gentile et Boudreau, 1987), complété par la clinicienne du CEMV.

3.3.1 « Ways of Coping Questionnaire »

La version brève de 14 items du « *Ways of Coping Questionnaire* » (Folkman et Lazarus, 1988) sert à identifier les stratégies d'adaptation utilisées afin de faire face à des situations stressantes. Dans la présente étude, les parents ont été invités à compléter le questionnaire en référence au dévoilement d'agression sexuelle de leur enfant. Les items ont été complétés à l'aide d'une échelle de type Likert à quatre points soit « pas utilisé », « utilisé de temps en temps », « utilisé souvent », « beaucoup utilisé ». Le questionnaire permet d'évaluer trois dimensions, soit deux stratégies d'approche : la recherche de soutien social et la résolution de problème ainsi qu'une stratégie d'évitement : l'évitement. Les données indiquent que les trois sous-dimensions démontrent un niveau de consistance adéquat ($\alpha > 0,69$).

3.3.2 « Self-report Coping Scale »

Dans cette étude, le « *Self-report Coping Scale* » (Causey et Dubow, 1992) a été utilisé auprès des enfants afin de déterminer la fréquence d'utilisation des différentes stratégies d'adaptation pour faire face à l'agression sexuelle vécue. Le questionnaire permet d'évaluer cinq dimensions : la recherche de soutien social, la résolution de problème, l'évitement, l'intériorisation et l'extériorisation. Notons que deux des dimensions réfèrent à des stratégies d'approche (résolution de problème et recherche de soutien social) et trois réfèrent à des stratégies d'évitement. Une version adaptée de 21 items est utilisée (Hébert, Parent et Daignault, 2007). L'enfant indiquait sur une échelle de type Likert de cinq points la fréquence d'utilisation (1- jamais; 2-presque jamais; 3- quelquefois; 4- la plupart du temps; 5-toujours). Les données indiquent que les cinq sous-échelles démontrent un niveau de consistance adéquat ($\alpha > 0,84$).

3.3.3 Dominique Interactif

Le Dominique Interactif (Valla, Bergeron, St-Georges et Berthiaume, 2000) est un logiciel informatisé qui permet d'évaluer, chez les enfants de 6 à 11 ans, les symptômes psychopathologiques à l'aide de 91 items basés sur le DSM-IV-TR. Le questionnaire

comprend aussi une échelle de force et de compétences, cependant ces variables n'ont pas été utilisées dans cette étude. Les personnages dans les images présentées et accompagnées d'une bande sonore font face à différentes situations de la vie quotidienne (par exemple, la peur d'être seul, la difficulté à se concentrer, etc.). L'évaluation est d'une durée d'environ 15 minutes et aide à dépister et à évaluer les symptômes de dépression, d'anxiété de séparation, d'anxiété généralisée, de phobies spécifiques, de TDAH, d'opposition et de problèmes de la conduite. Dans le cadre de la présente analyse, le score global de troubles intériorisés et le score global de troubles extériorisés, tel que proposés par les concepteurs de l'outil, ont été utilisés.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Les résultats sont présentés sous trois rubriques. En premier lieu, les données descriptives permettant de dresser un portrait des participants sont résumées. En second lieu, les analyses bivariées visant à étudier les liens entre les stratégies d'adaptation du parent et celles de l'enfant seront présentées. Par la suite les corrélations entre les stratégies d'adaptation et les troubles intériorisés et extériorisés de l'enfant sont présentées. En dernier lieu, des analyses de régression sont proposées afin d'explorer si les stratégies d'adaptation de l'enfant sont prédites par celles du parent pour ensuite vérifier si ces deux variables contribuent à prédire la sévérité des troubles intériorisés et extériorisés, tout en contrôlant pour l'âge de l'enfant.

4.1 Données descriptives

Les données recueillies auprès de l'échantillon de 96 participants indiquent que 65,2% des enfants ont vécu une agression intrafamiliale impliquant, soit un parent biologique (20,2%), un membre de la fratrie (12,4%), un/e oncle/tante (12,4%), un conjoint/e d'un parent (11,2%), un grand-parent (4,5%), un enfant du conjoint/e (2,2%) ou un/e cousin/e (2,2%). Au total 34,8% des enfants de l'étude ont subi des agressions extrafamiliales, c'est-à-dire perpétrés par un/e voisin/e (9%), un/e gardien/ne ou un conjoint/e d'un/e gardien/ne (7,9%), un/e ami/e de la famille (6,7%), autre (5,6%), un inconnu/e (3,4%) ou un enfant de la famille d'accueil (2,2%). Au niveau de la sévérité, 4,6% des enfants ont subi des gestes moins sévères (attouchements sur les vêtements), 31% sévères (attouchements sous les vêtements, tentative de pénétration) et 64,4% des gestes très sévères (pénétration ou tentative de pénétration, fellation).

Selon les données rapportées par les enfants, face à la situation d'AS, les participants de l'étude ont eu recours à des stratégies d'approche (48%) tandis que 24% des enfants utilisaient plutôt principalement des stratégies d'évitement. Puisque les scores utilisés pour faire les analyses sont continus, certains enfants qui ont obtenu un score passablement faible aux deux types de stratégies d'adaptation ne sont pas représentés dans ces pourcentages. Les

stratégies d'adaptation utilisées par le parent ont aussi été évaluées. La résolution de problème est la stratégie d'adaptation la plus utilisée par les parents (85%) suivie par la recherche de soutien social (66%) et de l'évitement (21%). À noter qu'il est possible qu'un enfant ou qu'un parent utilise à la fois des stratégies d'approche et d'évitement, puisque ce ne sont pas des catégories exclusives.

Les données obtenues à l'échelle Dominique indiquent que 23% des enfants participant à l'étude obtiennent des cotes atteignant le seuil clinique sur les troubles intériorisés et 16% sur les troubles extériorisés (voir Figure 3). Les filles de l'échantillon démontrent un plus haut niveau de symptômes intériorisés (27%) comparativement aux garçons (13,8%). L'échantillon global compte parmi ces symptômes l'anxiété de séparation (10,9%), la dépression (9,8%), les phobies (8,7%) et l'anxiété généralisée (6,5%). Les résultats démontrent aussi que 19% des filles présentent des symptômes extériorisés ainsi que 10,3% des garçons. Ceci regroupe d'autres symptômes de l'échantillon global tels que les troubles d'opposition (9,8%), les troubles de la conduite (9,8%) et les troubles de l'attention et d'hyperactivité (7,6%).

4.2 Corrélations entre les stratégies d'adaptation du parent et celles de l'enfant

Tout d'abord, des analyses corrélationnelles ont été effectuées afin d'évaluer l'association entre les stratégies d'adaptation de l'enfant et celles du parent. Les résultats sont présentés au Tableau B.1 et aucune relation significative n'a été détectée à l'exception d'une relation entre les stratégies d'évitement et d'approche de l'enfant.

Les mêmes analyses ont été reprises en fonction du sexe de l'enfant afin d'identifier des possibles particularités liées au sexe. En ce qui concerne les filles, aucune relation significative n'a été identifiée autre que celle identifiées avec l'échantillon global entre l'évitement et l'approche de l'enfant. Par contre, pour les garçons, en plus de cette même relation, la résolution de problème des parents est significativement liée aux stratégies d'adaptation d'approche et d'évitement des enfants.

4.3 Corrélations entre les stratégies d'adaptation et les troubles intériorisés et extériorisés

Des corrélations entre les différentes sous-échelles de stratégies d'adaptation et de symptômes des enfants ont été évaluées. Tous les résultats mentionnés sont présentés en annexe dans le Tableau B.2. Les données révèlent d'abord que les stratégies d'évitement de l'enfant sont associées de façon significative aux troubles intériorisés et aux troubles extériorisés. Par ailleurs, une corrélation significative est aussi notée entre les stratégies d'évitement du parent et les troubles intériorisés et aux troubles extériorisés de l'enfant. Ce résultat indique que les enfants dont les parents utilisent des stratégies d'évitement pour composer avec le dévoilement de l'AS sont susceptibles d'afficher davantage de problèmes de comportement intériorisé et extériorisé.

Afin d'identifier de possibles spécificités liés au sexe, les analyses ont aussi été réalisées auprès des filles et des garçons séparément. Les données indiquent que pour les filles une corrélation négative est notée entre la résolution de problème du parent et les troubles intériorisés; suggérant que les filles dont les parents utilisent fréquemment des stratégies d'adaptation visant à confronter directement l'événement, sont susceptibles d'afficher moins de troubles intériorisés. Les résultats révèlent aussi une relation significative entre la fréquence d'utilisation de stratégies d'évitement chez les filles et les troubles intériorisés et extériorisés. Chez les garçons, une relation significative est présente entre l'évitement du parent et les troubles intériorisés et extériorisés.

4.4 Analyses de régression

Des analyses de régression ont été menées afin d'évaluer la contribution des stratégies d'adaptation de l'enfant et du parent quant à la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés. De plus, des analyses ont été effectuées afin de déterminer l'influence des stratégies d'adaptation du parent sur celles des enfants. Des régressions hiérarchiques ont été utilisés avec à l'étape 1, l'âge de l'enfant introduite comme variable de contrôle. À l'étape 2, les stratégies d'adaptation de l'enfant (approche et évitement) ainsi que celles du parent (recherche de soutien social, résolution de problème et évitement) ont été introduites. Comme les résultats issus des analyses corrélationnelles indiquent des associations significatives

différentes pour les filles et les garçons, les analyses de régression ont été effectuées séparément en fonction du sexe de l'enfant.

4.4.1 Prédiction des stratégies d'adaptation de l'enfant chez les filles

Les résultats des analyses de régression permettant de prédire les stratégies d'approche et d'évitement des filles sont présentés dans le Tableau B.3. Cependant, aucune variable ne permet de prédire les stratégies d'adaptation qu'elles utilisent.

4.4.2 Prédiction des stratégies d'adaptation de l'enfant chez les garçons

Pour ce qui est de l'influence des stratégies d'adaptation du parent sur les stratégies de l'enfant, seulement la résolution de problème du parent vient prédire l'utilisation de stratégies d'approche chez les garçons ($F = 2,60$; $p < 0,05$) expliquant 19% de la variance. De plus, malgré une relation marginale, la résolution de problème du parent influencerait l'évitement du garçon. Ces résultats sont présentés au Tableau B.4.

4.4.3 Prédiction des troubles de comportement chez les filles

Les résultats des analyses de régression réalisées auprès des filles sont présentés au Tableau B.5. En ce qui concerne la prédiction des troubles intériorisés, à la première étape, l'âge est retenu. Cette variable permet d'expliquer 6% de la variance suggérant que les plus jeunes enfants sont susceptibles d'afficher davantage de troubles intériorisés. Un résultat similaire est observé pour la prédiction des troubles extériorisés où l'âge explique 7% de la variance. À la deuxième étape de la régression, les stratégies d'évitement utilisées par les filles annoncent un niveau plus élevé de comportements intériorisés. De même, les stratégies de résolution de problèmes du parent permettent de prédire les troubles intériorisés chez les filles, mais inversement. C'est-à-dire, les filles qui ont des parents qui utilisent de la résolution de problème ont moins de symptômes intériorisés. Cette deuxième étape permet d'expliquer 26% de la variance.

En ce qui concerne les troubles extériorisés, la régression n'atteint pas le seuil de signification. Les résultats démontrent néanmoins une relation marginale entre les troubles extériorisés de l'enfant et les stratégies d'évitement du parent.

4.4.4 Prédiction des troubles de comportement chez les garçons

Contrairement aux filles, aucune variable ne prédirait les symptômes intériorisés ainsi que les symptômes extériorisés chez les garçons. Malgré l'absence de résultats significatifs, une relation marginale est remarquée entre l'évitement du parent et des symptômes intériorisés ainsi qu'extériorisés. Le Tableau B.6 présente ainsi les résultats des analyses effectuées avec les stratégies d'adaptation et des troubles intériorisés et extériorisés des garçons.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Ce chapitre présente tout d'abord une discussion des principaux résultats en lien avec les études antérieures. Ensuite les limites et les forces de l'étude seront élaborées, pour enfin finir par la présentation de pistes pour les études futures.

5.1 Discussion

L'objectif de ce mémoire était d'évaluer l'influence des stratégies d'adaptation utilisées par les parents sur celles de l'enfant victime d'AS, ainsi que leur impact sur les symptômes de la victime d'AS. Trois stratégies d'adaptation utilisées par les parents ont été analysées dans ce présent mémoire : l'évitement; la résolution de problèmes et la recherche de soutien social, les deux dernières étant des stratégies d'approche. Deux stratégies d'adaptation ont été évaluées chez les enfants, soit l'évitement et l'approche. Comme l'étude de Hébert *et al.*, (2006) l'a démontré, il était attendu que les stratégies d'approche (du parent et/ou de l'enfant) soient associées à un niveau plus faible de symptômes alors que le recours à des stratégies d'évitement soit associé à la présence de comportements intériorisés et extériorisés. Ainsi, à l'aide d'analyses comparatives, les symptômes de l'enfant victime d'AS ont été évalués. Deux cotes globales ont donc été retenues à partir du Dominique Interactif : les comportements intériorisés qui comprennent les phobies spécifiques, l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée ainsi que la dépression et les comportements extériorisés qui comprennent l'opposition, les problèmes de conduite et l'hyperactivité/impulsivité. Les stratégies d'adaptation utilisées par le parent pourraient servir non seulement de modèle pour l'enfant, mais peuvent aussi avoir un impact sur le soutien parental offert à l'enfant victime d'AS. Certains auteurs, tels que Williamson *et al.* (2002), ont démontré ce modelage chez des enfants vivant divers événements stressants tels que des maladies chroniques et des désastres naturels. À notre connaissance, aucun auteur n'a effectué ce type d'étude auprès d'enfants

victimes d'AS. Dans cette section, les résultats qui concernent les liens entre les stratégies utilisées par les parents et par les enfants seront d'abord discutés. Ensuite, les résultats qui concernent les liens entre les stratégies utilisées et les troubles de comportements seront abordés et les spécificités liées au sexe discutées. Enfin, les limites et les forces de l'étude seront présentées ainsi que des réflexions quant à la conduite d'études ultérieures.

5.1.1 Corrélations entre les stratégies d'adaptation du parent et celles de l'enfant

Les résultats des corrélations de cette étude ont tout d'abord permis de confirmer une relation significative entre la recherche de soutien social et la résolution de problèmes chez les parents. Cette relation indique que les deux variables mesurent des dimensions semblables, ce qui vient confirmer qu'elles sont toutes deux des stratégies visant à confronter directement l'événement stressant et qu'elles se qualifient de stratégies d'approche.

Les résultats de corrélations effectuées auprès de l'échantillon global démontrent aussi une relation significative entre la fréquence des stratégies d'approche et des stratégies d'évitement chez les enfants. Ceci est vrai non seulement pour l'échantillon global, mais aussi pour l'échantillon filles ainsi que l'échantillon garçons. Ainsi, un enfant qui utilise des stratégies d'approche (solliciter du soutien, etc.) pour confronter la situation d'agression sexuelle vécue va aussi généralement utiliser des stratégies d'évitement. Il est possible que l'enfant ait recours à l'évitement afin de tenter de diminuer l'anxiété qui accompagne initialement des stratégies d'approche visant à confronter directement l'événement difficile. Puisqu'aucune donnée n'a été recueillie avant le dévoilement, il est cependant impossible d'exclure la possibilité que l'enfant utilisait déjà des stratégies d'évitement ou d'approche et qu'à la suite du dévoilement il aurait inclus une nouvelle stratégie d'adaptation à son répertoire.

Pour les garçons seulement, l'effet est différent et tout aussi important, puisque la résolution de problèmes par le parent agit sur leur choix de stratégies d'adaptation. En effet, le garçon dont le parent a recours à la résolution de problème utilise plus fréquemment des stratégies d'approche. Il faut aussi noter que les enfants de parents qui utilisent la résolution de problème sont disposés à aussi inclure l'évitement à leur fonctionnement. Ce paradoxe peut être expliqué par le fait que les parents effectuant des démarches concrètes afin d'améliorer la

situation (résolution de problème) incitent en quelque sorte les garçons à faire face au trauma vécu. C'est ainsi que ce dernier utilise des stratégies d'approche pour confronter la situation vécue, mais comme nous l'avons mentionné précédemment, il est possible que ces stratégies soient trop douloureuses au plan émotif dans les premiers temps. Les garçons utiliseraient donc l'évitement afin de diminuer l'anxiété ressentie. Par conséquent, ce sont les stratégies d'adaptation utilisées par le parent ainsi que l'anxiété de l'enfant qui influenceraient le choix de stratégies d'adaptation de l'enfant. Il est aussi possible, puisque les données ont été recueillies avant le début de la thérapie, que certains enfants avaient recours à des stratégies d'évitement avant de consulter.

5.1.2 Corrélations entre les stratégies d'adaptation et les troubles intériorisés et extériorisés

D'autre part, les résultats bivariés des analyses effectuées auprès de l'échantillon global révèlent que les enfants qui ont recours à l'évitement exhibent des comportements intériorisés ainsi que des comportements extériorisés tels que l'avait démontré Hébert *et al.*, (2006). De plus, l'évitement du parent occasionne aussi ces symptômes chez les enfants victimes d'AS. Tel que proposé par Spaccarelli (1994), le soutien parental accordé à l'enfant joue un rôle sur l'intensité des symptômes des victimes d'AS.

Lorsque les analyses de corrélations sont effectuées en fonction du sexe, l'évitement des filles est associé aux comportements intériorisés et extériorisés. Ce phénomène peut être expliqué par le fait que l'évitement ne fait que refouler le problème qui peut réapparaître de différente façon, par moment en symptômes intériorisés ou extériorisés. La présence de ces deux types de comportements pourrait aussi refléter une adaptation qui permettrait à l'enfant d'exhiber des comportements extériorisés afin de signaler sa souffrance intérieure. Les analyses bivariées ont aussi permis d'identifier la résolution de problèmes du parent comme facteur possible de protection chez les filles, puisqu'elle est associée à un faible taux de comportements intériorisés. Le recours à des stratégies d'approche chez le parent peut refléter une démarche de recherche d'aide plus soutenue et être synonyme de soutien adéquat ce qui diminue les symptômes (Spaccarelli, 1994). Il est aussi possible que l'acceptation du parent de la situation fasse diminuer la honte et culpabilité qui aurait autrement alimenté une détresse intérieure (Finkelhor et Browne, 1985).

Chez les garçons, l'évitement du parent est associé aux comportements intériorisés et extériorisés. La même explication que celle proposée pour l'échantillon de filles serait possible. Le garçon exhibe à la fois des symptômes intériorisés et extériorisés afin d'alerter son entourage quant à sa souffrance intérieure.

5.1.3 Prédiction des stratégies d'adaptation de l'enfant chez les filles

Les résultats ne démontrent pas la présence d'un modelage de stratégie d'adaptation pour l'échantillon de filles. La théorie du modelage de Bandura (1961) n'est donc pas soutenue pour les filles de cette étude. Différentes hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ce résultat. D'une part, il est possible que la désirabilité sociale soit plus élevée chez les filles que chez les garçons, venant ainsi masquer la présence de modelage. Il est aussi possible que ces parents ont exhibé plus de stratégies d'approche devant l'enfant, mais qu'en réalité ils ont plutôt recours aux stratégies d'évitement. Une autre explication qui peut être proposée est que certaines filles seraient plus autonomes émotionnellement, ainsi elles ne ressentiraient pas autant le besoin que d'autres d'observer leur parent à titre de modèle d'apprentissage. En effet tel que mentionné dans le cadre conceptuel, Wright et ses collègues (1999) ont proposé que l'inversion des rôles mère-fille pourrait augmenter le risque d'AS chez les jeunes filles. Il est donc possible que certaines filles de l'échantillon soient dans cette situation et avoir ainsi développé une autonomie émotionnelle. Enfin, il est impossible d'écarter des problèmes reliés à l'instrument de mesure. Ceci dit, les stratégies d'adaptation du parent demeurent déterminantes dans la présentation des comportements intériorisés des filles. Ainsi, le recours à des stratégies d'approche chez le parent devrait tout de même être un objectif pour les intervenants dans le domaine.

5.1.4 Prédiction des stratégies d'adaptation de l'enfant chez les garçons

Certains bienfaits résultant d'un parent qui utilise la résolution de problème comme stratégie ont été confirmés par cette étude. En effet, il semble que la résolution de problème ait des impacts positifs sur les garçons. On remarque que la résolution de problème par le parent prédit l'utilisation de stratégies d'approche par les garçons. Il semblerait que le garçon reproduit la même stratégie d'approche que le parent (Valiente, Fabes, Eisenberg, et Spinrad, 2004). Il est donc possible, à la lumière de ces résultats, de conclure qu'il existe un effet de

modelage des stratégies d'adaptation entre les parents et enfants pour les garçons. La présence d'un résultat marginal est notée en lien avec la résolution de problème du parent et l'évitement de l'enfant. On peut supposer puisque la résolution amène l'enfant à utiliser des stratégies d'approche, que l'enfant utilise l'évitement afin d'essayer de diminuer la détresse soulevé par l'affrontement de l'évènement. Considérant que les données ont été recueillies en début de thérapie, il faut aussi supposer que dans certains cas, il y avait encore des traces de stratégies utilisées dans le passé. Cette relation marginale pourrait potentiellement disparaître lors d'une réévaluation post-thérapie. Les résultats pourraient aussi être expliqués en considérant l'évitement comme un symptôme d'ESPT plutôt qu'une stratégie d'adaptation. Afin de vérifier cette théorie, il serait nécessaire de faire des comparaisons au niveau de la présence du ESPT entre les garçons et les filles VAS.

5.1.5 Prédiction des troubles de comportement chez les filles

Selon les résultats de cette étude, certaines variables prédisent la présence de symptômes chez les filles victime d'AS. La première variable qui prédit les symptômes est l'âge de la victime. Les analyses montrent que plus elles sont âgées, moins elles ont de symptômes, et ceci, autant pour les comportements intériorisés que les comportements extériorisés. Pour expliquer ce résultat, il faut d'abord prendre en compte que l'âge auquel les enfants de l'échantillon ont été rencontrés pour cette recherche et l'âge auquel l'AS a eu lieu ne sont pas nécessairement les mêmes. Les filles les plus âgées au moment du dévoilement selon les résultats auraient ainsi moins de symptômes. Il est donc possible qu'en grandissant, l'enfant soit plus apte à utiliser des stratégies (d'approche ou d'évitement) qui lui permettent de faire diminuer la présence de certains symptômes avec l'âge (Rossman, 1992). De plus, les filles plus âgées seraient possiblement plus aptes à verbaliser leur détresse, ce qui serait susceptible de faire diminuer la présence de symptômes. Ainsi, l'écart d'âge entre l'AS et le dévoilement pourrait aussi être une variable qui influence ce résultat. On peut supposer que plus l'écart entre les deux moments est long, plus l'enfant pourrait être symptomatique. La seconde variable qui sert à prédire les comportements intériorisés des filles victimes d'AS est l'évitement. Puisque l'évitement consiste à fuir les souvenirs, stimuli et émotions associés à l'AS, ceci pourrait résulter en des comportements intériorisés. Ainsi, les filles qui utilisent des stratégies d'évitement cognitives et émotionnelles pour ne pas être heurtées à la détresse

qui accompagne le trauma et pourraient également tenter d'agir comme si tout était normal. Ce serait pour cette raison qu'elles ne présentent pas de comportements extériorisés qui pourraient alerter les gens de leur entourage. Il serait aussi plausible que les filles vivent plus de honte en lien avec leur AS, ce qui pourrait les inciter à cacher leur détresse. De plus, les résultats démontrent une relation inversement proportionnelle entre les comportements intériorisés des enfants et le recours à la résolution de problème chez le parent. Ce rapport pourrait indiquer que la présence d'un parent proactif sécurise la fille et fait ainsi apaiser sa détresse. Ces données sont en accord avec la théorie de Friedrich (1990) ainsi que de Spaccarelli (1994) qui soulèvent l'importance du soutien offert par le parent à l'enfant victime d'AS. Enfin, même si le résultat est marginal, l'évitement du parent aide à prédire les comportements extériorisés des filles. Ainsi, certaines filles vont présenter des comportements extériorisés comme signe de détresse afin d'alerter leur entourage et d'obtenir le soutien nécessaire.

5.1.6 Prédiction des troubles de comportement chez les garçons

Malgré une relation marginale, l'évitement du parent prédit les troubles intériorisés et extériorisés des garçons. Les comportements extériorisés pourraient notamment avoir comme fonction d'alerter son entourage afin d'obtenir du soutien. Il est aussi possible que cette relation soit plus faible en raison du petit nombre de cas dans l'échantillon de garçons.

5.2 Limites de l'étude

Bien que cette étude propose de nouvelles connaissances en lien avec l'influence des stratégies d'adaptation utilisées par le parent sur le choix de stratégies d'adaptation de l'enfant ainsi que l'impact sur les symptômes de l'enfant, elle comporte certaines limites. La taille de l'échantillon est d'abord problématique, puisque le ratio de garçons par rapport aux filles n'est pas égal. Cette limite est aussi présente dans de nombreuses études sur l'agression sexuelle en raison d'un taux d'incidence plus faible de l'AS chez les garçons. Afin de combler cette lacune, il serait nécessaire de prolonger le recrutement sur une plus longue période afin d'accumuler un nombre suffisant de garçons. En ce qui concerne la composition de l'échantillon des parents, il aurait été optimal d'avoir seulement des mères dans l'étude en raison de leur rôle et de leur implication dans la vie de leur enfant. Cependant, puisque

l'échantillon aurait été trop petit, les personnes qui ont assisté l'enfant en thérapie (ex : père, mère de la famille d'accueil, etc.) ont participé à l'étude. On peut estimer que ces personnes sont les plus impliquées dans la vie de l'enfant. Tel que mentionné dans l'étude de Kliever, *et al.* (1996), la mère et le père peuvent avoir différents impacts sur la transmission de stratégies d'adaptation, d'où l'importance de s'intéresser au rôle spécifique des pères. Il serait donc intéressant de faire une comparaison entre les mères biologiques et les pères biologiques afin d'observer leurs impacts sur l'enfant victime d'AS (Parent-Boursier, et Hébert, 2010). Ici encore, le recrutement devrait s'effectuer sur une plus longue période, ce qui permettrait d'obtenir un nombre suffisant de pères, puisque ce sont plus souvent les mères qui accompagnent les enfants en traitement. Il pourrait aussi être pertinent d'investiguer la possibilité que les mères d'accueil aient un impact différent de celui d'un parent biologique. On pourrait s'attendre à ce que les stratégies d'adaptation des mères d'accueil aient moins d'influence sur l'enfant en raison d'un lien d'attachement plus récent. Enfin, puisque l'écart entre l'âge du trauma et du dévoilement peut varier, l'absence de données concernant l'âge auquel l'AS est survenue constitue une limite de l'étude. Il serait ainsi intéressant de prendre en compte cette variable afin d'approfondir les analyses en lien avec l'âge, les troubles présentés et le sexe des victimes.

Malgré ces quelques limites, cette étude comporte aussi des forces. L'évaluation adéquate des symptômes de l'enfant VAS est une difficulté couramment rencontrée en recherche, surtout avec l'utilisation de questionnaires. Certains chercheurs utilisent le « Child Behavior Checklist » (CBCL) qui est complété par le parent. Ce questionnaire peut comporter certains biais, puisque les parents pourraient surestimer ou sous-estimer les symptômes de leur enfant (Edelbrock, Costello, Dulcan, Calabro-Conover, et Kala, 1986). Des réponses provenant directement de l'enfant, comme le permet le Dominique Interactif, représentent plus fidèlement la réalité vécue par l'enfant.

5.3 Pistes pour les études futures

Dans des études ultérieures, il serait intéressant de comparer les résultats de données recueillies en fin de thérapie. En raison du travail effectué sur le plan des émotions et des stratégies d'adaptation en intervention thérapeutique, il se pourrait que les enfants aient

moins besoin d'avoir recours à l'évitement. Il serait donc envisageable de voir le nombre de participants ayant recours à l'évitement diminuer et la présence de symptômes diminuer. À l'aide de ces données recueillies post-thérapie, il serait aussi intéressant d'explorer les liens entre les stratégies d'adaptation utilisées avant la thérapie, l'efficacité de cette thérapie ainsi que son impact sur les symptômes en fin de démarche thérapeutique.

Suite aux résultats de cette étude, il serait intéressant de reproduire la même étude afin d'y inclure les deux parents. Ceci permettrait de vérifier les différences entre l'influence de la mère et celle du père. Il est aussi possible qu'il y ait une différence entre les sexes, comme il a été le cas dans cette étude. Par contre, puisque l'on sait que le modelage peut varier en fonction du parent et du sexe de l'enfant (Valiente, Fabes, Eisenberg, et Spinrad, 2004), il est aussi possible que les filles et les garçons réagissent de manière différente pour chaque parent.

La problématique de l'AS est de mieux en mieux documentée au fil des années. Beaucoup reste à comprendre, entre autres en ce qui concerne des différences de sexe par rapport au rétablissement suite à un dévoilement d'AS ainsi qu'à la présence de divers symptômes. Comme le nombre de garçons recrutés s'accumule dans les banques de données au fil du temps, il devrait être plus facile d'entreprendre des études comparatives dans le futur.

Enfin, puisque l'évaluation des symptômes de l'enfant peut changer en fonction du répondant (enfant versus parent), il pourrait être intéressant de faire compléter une mesure par le clinicien responsable du dossier, par exemple le « Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children » (K-SADS) (Kaufman, Birmaher, Brent, Ryan, et Rao, 2000). Ce dernier aurait une vision externe qui permettrait une évaluation plus objective, par conséquent permettrait d'éliminer certains facteurs liés à la désirabilité sociale.

CONCLUSION

Cette étude a permis de conclure que les garçons et les filles ne sont pas influencés de la même manière par les stratégies d'adaptation de leurs parents. Cependant, l'influence des stratégies du parent est tout aussi importante pour chacun des sexes. Pour les filles, le choix de stratégies d'adaptation du parent n'aurait aucun impact sur le choix de stratégies qu'elles utilisent. Par contre, la sévérité des symptômes démontrés en dépend. En effet, la résolution de problème du parent est associée à une diminution de la détresse intériorisée des filles, tandis que l'évitement du parent est associé à une augmentation des comportements extériorisés. Il faut aussi mentionner que l'évitement des filles est associé à la présence de symptômes intériorisés. L'expression de troubles extériorisés des filles pourrait servir à attirer l'attention du parent afin qu'il puisse utiliser des stratégies d'approche, ce qui fera possiblement diminuer les comportements intériorisés. Par conséquent, même si les stratégies d'adaptation du parent ne sont pas reproduites par l'enfant, l'utilisation de stratégies d'approche de la part du parent peut diminuer la présence de symptômes intériorisés. La présence de comportements intériorisés chez les filles qui évitent pourrait être, quant à elle, causée par une souffrance interne plus difficilement repérée par son entourage. Un modelage des stratégies d'adaptation parentales serait présent chez les garçons de l'étude. En effet, les garçons de parents qui utilisent la résolution de problème comme stratégies d'adaptation ont eux-mêmes eu recours à des stratégies d'approche. Malgré l'absence d'influence directe sur les symptômes de l'enfant, les stratégies du parent agissent quand même comme facteur de protection en influençant les stratégies de l'enfant.

Apports au plan de l'intervention sexologique

Une meilleure compréhension des différences possibles reliées au sexe permet d'offrir des interventions plus adaptées aux besoins spécifiques des victimes d'AS. L'influence parentale est aussi un facteur important à mieux comprendre puisque les parents jouent un rôle important dans le rétablissement de l'enfant (Hébert, Piché, Parent et Tremblay, 1999). En identifiant l'influence que les stratégies utilisées par les parents peuvent exercer sur leurs enfants, il devient possible de mieux orienter les parents quant aux stratégies à préconiser selon le sexe et à différents groupes d'âge. Ainsi, les enfants pourraient bénéficier non

seulement d'une thérapie adaptée à leurs besoins, mais aussi d'un parent mieux outillé afin de les soutenir à travers des épreuves en lien avec l'AS.

Comme pistes d'intervention clinique, il faut surtout tenir compte de l'importance des stratégies d'adaptation sur le fonctionnement suivant le dévoilement de l'AS. En effet, puisque les stratégies d'adaptation du parent jouent un rôle sur l'adaptation de l'enfant, il est primordial d'inclure les parents dans le processus thérapeutique. Il serait faux de croire qu'un parent qui recherche de l'aide pour son enfant va automatiquement s'impliquer et faire usage de stratégies d'approche. Malgré les démarches qu'entreprennent les parents afin que leurs enfants reçoivent l'aide nécessaire, il est possible que certains parents ne s'impliquent pas dans le processus. Dans d'autres cas, les parents sont dans l'obligation, par la protection de la jeunesse, de consulter des services d'aide. Ceux-ci peuvent aussi être moins impliqués et mobilisés dans la thérapie de l'enfant. Par ailleurs, près de la moitié des mères de victimes d'AS ont elles-mêmes vécu des traumatismes sexuels au cours de leur vie (Hébert, Daigneault, Collin-Vézina et Cyr, 2007). Quand tel est le cas, il est possible qu'elles se sentent menacées par les émotions que soulève le dévoilement de l'AS de leur enfant et qu'elles soient moins disponibles pour offrir un soutien adéquat pour leur enfant. Chez le parent qui compose lui-même avec les conséquences de son trauma pendant l'enfance, l'évitement pourrait être un symptôme d'ESPT chronique survenu à la suite de son événement d'AS. Après avoir eu recours à des stratégies d'évitement pour une grande partie de sa vie, le parent pourrait être amené à percevoir cette stratégie comme étant efficace. Le symptôme d'évitement, faisant partie du ESPT de la mère, serait donc transmis à l'enfant. Dans un cas échéant, il serait possible que l'enfant l'intègre en tant que stratégie d'adaptation. Les intervenants doivent donc rester vigilants face aux expériences de victimisation des parents afin d'assurer un soutien parental approprié et favoriser un rétablissement optimal pour l'enfant. D'ailleurs, plusieurs programmes d'intervention dont le « Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy » (TF-CBT) intègrent des sessions d'intervention pour les parents de victimes d'AS afin d'accroître le soutien offert à l'enfant. Ces sessions ont pour but de créer une forme de coaching et de soutien afin de favoriser l'utilisation de stratégies d'approche chez les parents.

L'évitement est un processus normal et logique devant la détresse ainsi que face aux stimuli qui y sont associés. À priori, cette stratégie peut sembler la meilleure parce qu'elle allège la détresse. Par contre, l'évitement fait en sorte que la détresse peut resurgir à n'importe quel moment. De plus, l'évitement ne nous permet pas de mettre en place des stratégies pour faire face aux événements difficiles, c'est-à-dire d'approche. C'est dans cette optique qu'il est important d'encourager le recours à des stratégies d'approche dès le dévoilement de l'enfant de l'AS vécue.

ANNEXE A
FIGURES

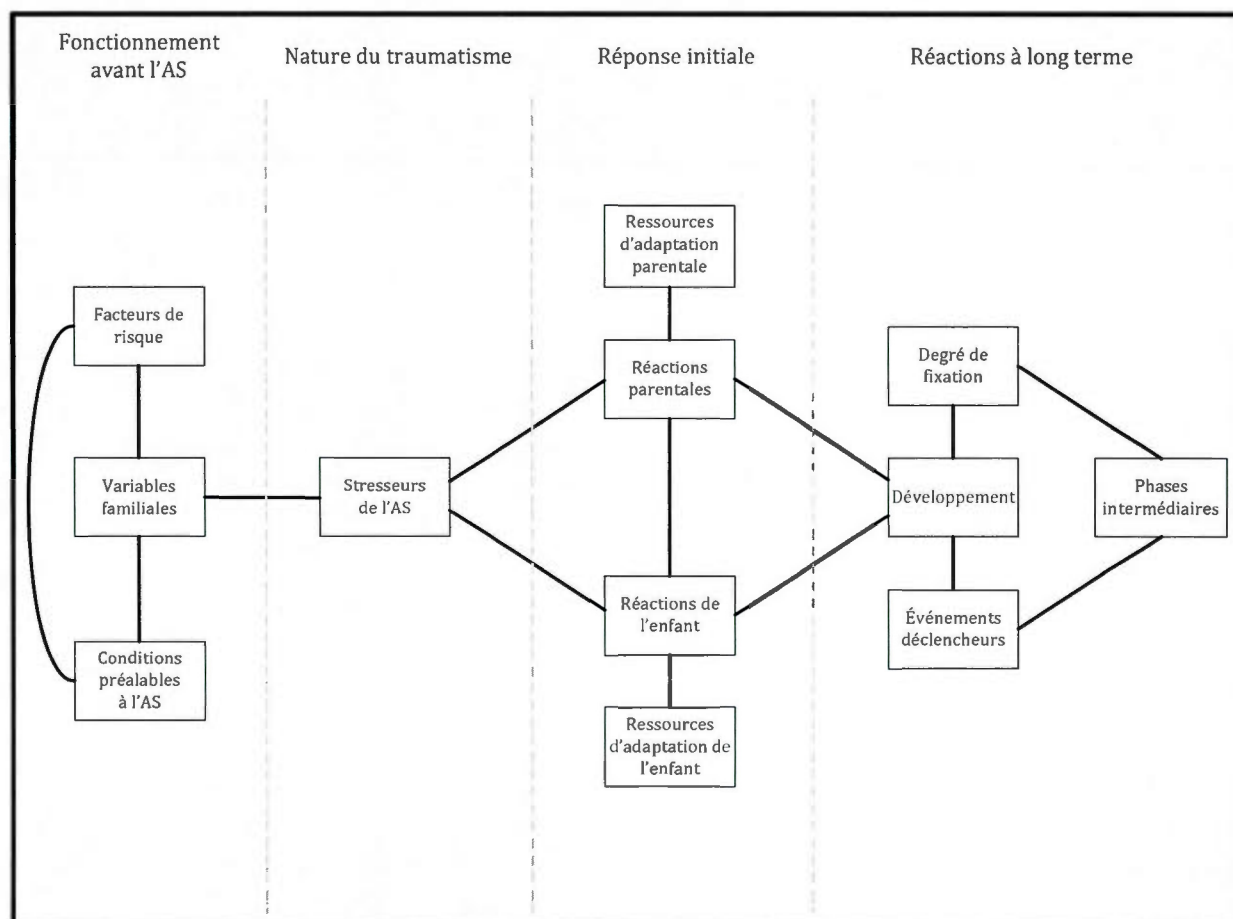


Figure A.1 Modèle de Friedrich (1990)

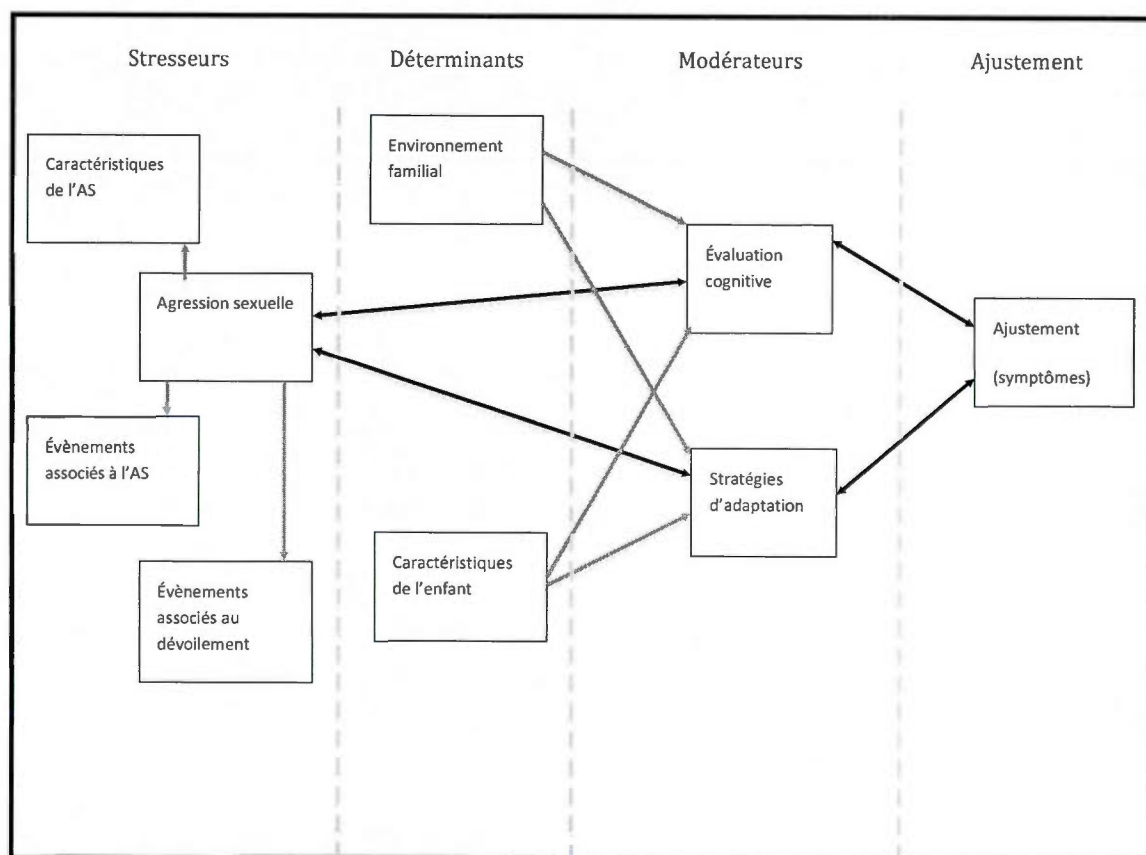


Figure A.2 Modèle transactionnel de Spaccarelli (1994)

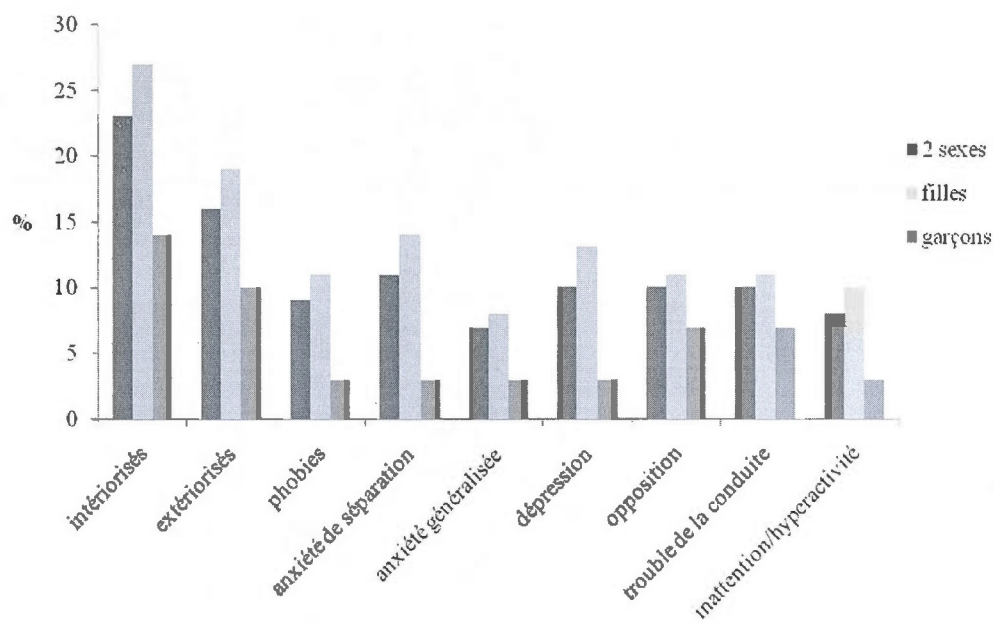


Figure A.3 Pourcentage d'enfants ayant atteint le seuil clinique pour chaque type de symptômes

ANNEXE B
TABLEAUX

Tableau B.1 Les corrélations entre les stratégies d'adaptation du parent et de l'enfant

	Stratégies d'adaptation de l'enfant	
	Évitement	Approche
Échantillon global		
Évitement de l'enfant	-	-
Approche de l'enfant	0,46**	-
Évitement du parent	0,03	-0,12
Résolution problème du parent	0,08	0,20
Recherche soutien social du parent	0,08	0,11
Filles seulement		
Évitement de l'enfant	-	-
Approche de l'enfant	0,42**	-
Évitement du parent	0,05	-0,07
Résolution problème du parent	-0,11	0,12
Recherche soutien social du parent	0,06	0,50
Garçons seulement		
Évitement de l'enfant	-	-
Approche de l'enfant	0,55**	-
Évitement du parent	-0,20	-0,23
Résolution problème du parent	0,39*	0,39*
Recherche soutien social du parent	0,17	0,27

*p<0,05, **p<0,01

Tableau B.2 Les corrélations entre les stratégies d'adaptation du parent, de l'enfant et les symptômes de l'enfant

	Symptômes de l'enfant	
	Intériorisés	Extériorisés
Échantillon global		
Évitement de l'enfant	0,36**	0,27**
Approche de l'enfant	0,02	- 0,20
Évitement du parent	0,24**	0,30**
Résolution problème du parent	- 0,12	- 0,06
Recherche soutien social du parent	0,04	0,08
Filles seulement		
Évitement de l'enfant	0,43**	0,32*
Approche de l'enfant	0,06	0,05
Évitement du parent	0,17	0,24
Résolution problème du parent	- 0,29*	- 0,18
Recherche soutien social du parent	0,01	0,04
Garçons seulement		
Évitement de l'enfant	0,20	0,17
Approche de l'enfant	- 0,09	- 0,18
Évitement du parent	0,42*	0,43*
Résolution problème du parent	0,18	0,24
Recherche soutien social du parent	0,16	0,20

*p<0,05, **p<0,01

Tableau B.3 Résultats des analyses de régression permettant de prédire les stratégies d'approche et d'évitement des filles

RÉGRESSIONS	Approche				Évitement			
	β	R ²	ΔR^2	F	β	R ²	ΔR^2	F
Étape 1		0,03	0,01	4,26		0,00	-0,02	2,62
Âge	-0,17				-0,01			
Étape 2		0,05	-0,03	4,34		0,05	-0,03	2,63
Stratégies d'adaptation du parent								
Recherche de soutien	-0,05				0,15			
Résolution de problèmes	0,15				-0,24			
Évitement	-0,06				0,03			

^mp<0.10, *p<0,05, **p<0,01

Tableau B.4 Résultats des analyses de régression permettant de prédire les stratégies d'approche et d'évitement des garçons

RÉGRESSIONS	Approche				Évitement			
	β	R ²	ΔR^2	F	β	R ²	ΔR^2	F
Étape 1		0,00	- 0,04	4,35		0,06	0,02	3,59
Âge	-0,01				0,24			
Étape 2		0,31	0,19	3,84 ^m		0,17	0,02	3,58
Stratégies d'adaptation du parent								
Recherche de soutien	0,03				-0,16			
Résolution de problèmes	0,64*				0,49 ^m			
Évitement	-0,26				-0,10			

^mp<0.10, *p<0,05, **p<0,01

Tableau B.5 Résultats des analyses de régression permettant de prédire les troubles intérieurs et extérieurs des filles

RÉGRESSIONS	Troubles intérieurs				Troubles extérieurs			
	B	R ²	ΔR^2	F	β	R ²	ΔR^2	F
Étape 1		0,08	0,06	9,66*		0,09	0,07	8,01*
Âge	-0,28*				-0,29**			
Étape 2		0,34	0,26	8,59**		0,24	0,15	7,67*
Stratégies d'adaptation de l'enfant								
Approche	-0,10				-0,06			
Évitement	0,36**				0,20			
Stratégies d'adaptation du parent								
Recherche de soutien	0,06				0,03			
Résolution de problèmes	-0,29*				-0,25			
Évitement	0,22				0,25 ^m			

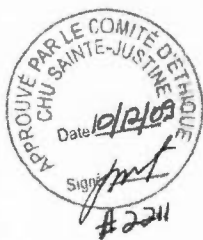
^mp<0,10, *p<0,05, **p<0,01

Tableau B.6 Résultats des analyses de régression permettant de prédire les troubles intérieurs et extérieurs des garçons

RÉGRESSIONS	Troubles intérieurs				Troubles extérieurs			
	B	R ²	ΔR ²	F	β	R ²	ΔR ²	F
Étape 1		0,05	0,01	8,85		0,10	0,07	8,10
Âge	0,21				0,32			
Étape 2		0,29	0,08	8,52		0,36	0,16	7,66
Stratégies d'adaptation de l'enfant								
Approche	-0,16				-0,31			
Évitement	0,32				0,33			
Stratégies d'adaptation du parent								
Recherche de soutien	0,38				0,35			
Résolution de problèmes	-0,32				-0,20			
Évitement	0,41 ^m				0,38 ^m			

^mp<0,10, *p<0,05, **p<0,01

ANNEXE C
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

PROFILS D'ADAPTATION CHEZ LES JEUNES AYANT DÉVOILÉ UNE AGRESSION SEXUELLE

Chercheurs: Martine Hébert, Ph.D. (UQAM)
Dr. Claire Allard-Dansereau, M.D. (CHU Sainte-Justine)
Dr. Anne-Claude Bernard-Bonnin, M.D. (CHU Sainte-Justine)
Marc Tourigny, Ph.D. (Université de Sherbrooke)

Ce projet est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants



Madame, Monsieur,

Nous sollicitons votre participation et celle de votre enfant à une étude menée par des chercheurs de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et de l'Université de Sherbrooke en collaboration avec la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine. Cette étude porte sur les facteurs ainsi que les interventions qui aident les jeunes enfants d'âge scolaire et leurs parents à surmonter des événements sérieux (par exemple, une agression sexuelle) et sur l'évolution des enfants sur une période d'un an. Nous sollicitons la participation des parents et des enfants qui consultent la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de ce projet sont d'identifier le profil de développement des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle et les éléments qui influencent ce profil ainsi que d'évaluer l'efficacité des interventions offertes. Les données recueillies sont susceptibles de nous aider à identifier les besoins de ces enfants et de pouvoir mettre en place des services adaptés. De plus, le projet vise à explorer l'évolution des profils des enfants sur une période d'un an.

Déroulement de l'étude

Si vous décidez de participer, votre collaboration et celle de votre enfant consisteront en deux rencontres avec une assistante de recherche au centre hospitalier ou à votre domicile, selon votre convenance. La première rencontre se déroulera au cours de votre visite à la Clinique et la deuxième se déroulera environ 4 mois plus tard. Nous vous demanderons de compléter des questionnaires. Les questionnaires à compléter par votre enfant portent sur les stratégies qu'il utilise pour faire face aux problèmes et sur ses perceptions quant à ses comportements. Nous estimons qu'il faut environ une heure pour compléter les questionnaires s'adressant à l'enfant. Les questionnaires complétés par le parent s'intéressent aux comportements de l'enfant, à vos perceptions et vos sentiments, aux relations familiales et aux conflits dans la famille. Nous estimons qu'il faut environ une heure et demie pour compléter le questionnaire s'adressant au parent. Vous serez libres de ne pas répondre à toutes les questions. Des informations seront aussi recueillies à partir du dossier médical de la Clinique. Si vous acceptez, l'enseignant-e sera aussi invité-e à compléter un questionnaire portant sur le comportement de l'enfant à l'école. On lui précisera qu'il s'agit d'une étude sur l'adaptation des jeunes qui ont consulté au centre hospitalier au cours des derniers mois, sans préciser le motif de la consultation. Afin de mieux comprendre le développement des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle, nous prévoyons faire un suivi un an après la première rencontre auprès des personnes qui y consentent. Cette rencontre pourrait avoir lieu à votre domicile ou à l'UQAM, selon votre préférence. Cette étude s'échelonne sur plus d'une année.

Avantages de l'étude

Le fait de compléter des questionnaires peut vous permettre de faire le point sur différents aspects de l'adaptation de votre enfant et de mieux saisir son développement. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des parents et des enfants qui consultent nous permettra de mieux définir les caractéristiques de ces enfants et de mieux saisir les besoins d'interventions.

Inconvénients et risques

Un désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale. Toutefois, l'assistante de recherche vous renseignera après l'entrevue sur des personnes-ressources disponibles si vous sentez le besoin de parler d'une expérience difficile. En ce qui concerne les risques encourus par votre enfant, tels que le rappel des événements traumatisants, des précautions sont prises afin qu'elles soient minimales. En ce sens, à aucun moment nous demandons à l'enfant de décrire ce qu'il a vécu. De plus, il est possible de mettre un terme à l'entrevue si l'enfant le désire. La personne qui mène l'entrevue est une étudiante formée dans le domaine. Elle bénéficie d'une expérience clinique et a déjà mené des entrevues auprès des jeunes enfants et des parents.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies dans le cadre de ce projet seront gardées confidentielles à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Elles seront gardées sous clé au laboratoire de recherche de la chercheuse principale (Martine Hébert - UQAM) et elles seront conservées durant cinq ans. Par la suite, les questionnaires seront détruits. Les données seront traitées de façon collective pour l'ensemble des enfants et des parents participant à l'étude. De plus, les questionnaires porteront tous un numéro de code et vos noms n'y apparaîtront pas. En ce sens, l'identité du parent ainsi que celle de l'enfant ne seront pas dévoilées. Les résultats de l'étude pourront être présentés à des réunions ou dans des présentations scientifiques. Toutefois, l'identité de votre enfant ne sera pas révélée lors de ces présentations. L'enfant a droit à la confidentialité de ses réponses. Ainsi, elles ne seront pas discutées avec le parent. Le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine et de l'UQAM ainsi que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'organisme subventionnaire pourront avoir accès aux données.

Responsabilité des chercheurs

En acceptant de participer à cette recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice.

Compensation

Un montant de 20\$ vous sera remis lors de chaque rencontre pour défrayer les coûts de déplacement et/ou les frais de gardiennage.

Liberté de participation et retrait de l'étude

Votre participation ou celle de votre enfant est tout à fait libre et volontaire et vous serez libre de changer d'idée en tout temps et de retirer votre consentement sans avoir à fournir de raison et sans préjudice. Votre décision n'affectera en rien vos relations présentes ou futures avec les membres du CHU Sainte-Justine, de l'UQAM ou de l'Université de Sherbrooke et n'aura aucun effet sur la qualité des soins qui seront offerts à votre enfant.

L'assistante de recherche est autorisée à obtenir le consentement si nécessaire.

Personnes disponibles pour répondre à vos questions:

Concernant l'étude :	Martine Hébert, Ph.D.	(514) 987-3000 #5697
	Dr. Claire Allard-Dansereau	(514) 345-4719
	Dr. Anne-Claude Bernard-Bonnin	(514) 345-4675

Si vous avez des questions au sujet des droits de votre enfant à titre de participant à l'étude ou une plainte à formuler, veuillez contacter la conseillère à la clientèle du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749. Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CER) du CHU Sainte-Justine et du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIÉR) de l'UQAM (secrétariat du Comité: Service de la Recherche et de la Création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal, QC, H3C 3P8 - Téléphone: 514-987-3000 poste 7753). Toute question sur le projet peut être adressée à Martine Hébert. Pour toute question sur les responsabilités des chercheurs ou, dans l'éventualité où la plainte ne peut leur être adressée directement, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du CIÉR.





FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE (T1)
Profils d'adaptation chez les jeunes (IRSC)

Date: _____ (jj/mm/aaaa)

En signant le présent formulaire, je certifie que :

- * J'ai lu le formulaire d'information et de consentement.
- * J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- * Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.
- * Je comprends que je peux retirer mon enfant de l'étude en tout temps sans conséquence sur les soins de santé de mon enfant.
- * J'autorise la divulgation de tous dossiers ou résultats concernant mon enfant, en relation avec la présente étude, au personnel de l'étude et au comité d'éthique du CHU Sainte-Justine et de l'UQAM.
- * Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas aux droits de mon enfant ni aux miens.

Participation de l'enfant: J'accepte que mon enfant participe à ce projet de recherche.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
		Initiales du tuteur
Assentiment verbal de l'enfant (capable de comprendre la nature de ce projet)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
		Initiales de l'enfant
Participation du parent: J'accepte volontiers de participer à ce projet de recherche.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
		Initiales du tuteur
Autorisation pour la participation de l'enseignant-e: J'accepte que l'enseignant/e de mon enfant soit invité-e à compléter un questionnaire sur son comportement. L'enseignant/e ne sera pas informé/e que l'enfant a dévoilé une agression sexuelle.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
		Initiales du tuteur

_____	_____	_____
Nom et prénom du parent, tuteur (Lettres moulées)	Consentement du parent, tuteur (Signature)	Date
_____	_____	_____
Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées)	Assentiment de l'enfant (Signature) (capable de comprendre la nature du projet)	Date
_____	_____	_____
Date de naissance de l'enfant (jj/mm/aaaa)	Age de l'enfant	

Formule d'engagement de l'assistant de recherche: J'ai expliqué au participant et/ou à son parent/tuteur tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'ils m'ont posées. Je leur ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

_____	_____	_____
Nom de l'assistant de recherche (Lettres moulées)	Signature de l'assistante de recherche	Date

Formule d'engagement du chercheur: Le projet de recherche doit être décrit au participant et/ou à son parent/tuteur ainsi que les modalités de la participation. Un membre de l'équipe de recherche doit répondre à leurs questions et doit leur expliquer que la participation au projet de recherche est libre et volontaire. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

_____	_____	_____
Nom du chercheur responsable (Lettres moulées)	Signature du chercheur responsable	Date

Copie de l'équipe de recherche (HSJ)

(Dernières modifications: 20.11.2009) 1



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

UQAM
Université du Québec à Montréal

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada. (2006). Abus sexuel à l'égard des enfants: Centre *National d'informations sur la violence dans la famille* (Publication No H72-222-2004F). Ottawa, Canada. Gouvernement du Canada.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bandura, A. et Huston, A. C. (1961). Identification as a process of incidental learning. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 63(2), 311-318.
- Banyard, V. L., Williams, L. M. et Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences, *Child Maltreatment*, 9(3), 223-238.
- Briere, J. et Elliot, D. (2003). Prevalence and psychological sequels of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Causey, D. L., et Dubow, E. F. (1992). Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 47-59.
- Colao, F., et Hunt, M., (1983). Therapists coping with sexual assault. *Women & Therapy*, 2(3), 205-214.
- Daignault, I. V., et Hébert, M. (2004). L'adaptation scolaire des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle. *Psychologie Canadienne*, 45(4), 293-307.
- Daignault, I. V., et Hébert, M. (2008). Short-term correlates of child sexual abuse: An exploratory study predicting girls' academic, cognitive, and social functioning one year later. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 1(4), 301-316.
- Daignault, I. V., et Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation : Social, behavioral and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect* 33(2), 102-115.
- Derenne, J., et Roberts, L. W. (2010). Considering the effect of sexual trauma when teaching physicians about human sexuality. *Academic Psychiatry*, 34(6), 409-413.
- Edelbrock, C., Costello, A., Dulcan, M. K., Calabro-Conover, N., et Kala, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 181-190.
- Finkelhor, D., et Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse : A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.
- Folkman, S., et Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Porto Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children : A review of the récent littérature. *Child Abuse & Neglect*, 17, 59-66.
- Hébert, M., Collin-Vézina, D., Daigneault, I., Parent, N., Tremblay, C. (2006). Factors linked to outcomes in sexually abused girls : A regression tree analysis. *Comprehensive Psychiatry* 47, 443-455.
- Hébert, M., Daigneault, I., Collin-Vézina, D., et Cyr, M. (2007). Factors linked to distress in mothers of children disclosing sexual abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 195(10), 805-811.
- Hébert, M., Parent, N., et Daigneault, I. V. (2007). Psychometric properties of the French version of the Self-Report Coping Scale and development of a short form. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 40(1), 2-15.
- Hébert, M., Parent, N., Daigneault, I. V., et Tourigny, M. (2006). A typological analysis of behavioural profiles of sexually abused children. *Child maltreat*, 11(3), 203-216.
- Hébert, M., Piché, C., Parent, N., et Tremblay, C. (1999). *Abus sexuel, facteurs familiaux et ajustement de l'enfant*. Rapport final de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale. (ISBN 2-9806300-1-2).
- Hoffman, S. B., (1995). The long-term somatic correlates of child sexual abuse: Physical symptom reporting in women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56(5), 2868.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D. A., Ryan, N. D., et Rao, U. (2000). K-SADS-PL. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1208.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams, L., et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kliewer, W., Fearnow, M. D., et Miller, P. A. (1996). Coping socialization in middle childhood: Tests of maternal and paternal influences. *Child Development*, 67(5), 2339-2357.
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and reasearch : Past, present, and future. *Psychosomatic Medecine* 55, 234-247.
- Mahoney, L. , Ayers, S. , et Seddon, P. (2010). The association between parent's and healthcare professional's behavior and children's coping and distress during venepuncture. *Journal of Pediatric Psychology* 35(9), 985-995.
- Maikovich, A. K., Koenen, K. C., et Jaffee, S. R. (2009). Posttraumatic stress symptoms and trajectories in child sexual abuse victims: an analysis of sex differences using the National Survey of Child and Adolescent Well-Being. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(5), 727-737.

- Ministère de la santé et des services sociaux. 2001. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. ISBN 2-550-37079-1 Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, p88.
- Parent-Boursier, C., et Hébert, M. 2010. La perception de la relation père-enfant et l'adaptation des enfants suite au dévoilement d'une agression sexuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42 (3), 168-176.
- Rogers, C., et Terry, T. (1984). Clinical intervention with boy victims of sexual abuse. in victims of sexual aggression, 1. Stewart and I. Greer (Eds.), New York, NY: VanNostrand Reinhold.
- Rossmann, B. B. R. (1992). School-age children's perceptions of coping with distress: Strategies for emotion regulation and the moderation of adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(8), 1373-1397.
- Rumstein-McKean, O., et Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of femal survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 471-490.
- Russel, D. E. H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect*, 7, 133-146.
- Salloum, A. et Lewis, M. L. (2009). An exploratory study of african american parent—Child coping strategies post hurricane Katrina. *Traumatology* 16(1), 31–41.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340-362.
- Stoltenborgh, M., IJzendoorn, M. H., Euser, E. M. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Tremblay, C., Hébert, M., et Piché C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequence in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929-945.
- Tremblay, C., Hébert, M., et Piché, C. (2000). Type I and II post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9 (1), 65-90.
- Upchurch, D. M., et Kusunoki, Y. (2004). Associations between forced sex, sexual and protective practices, and sexually transmitted diseases among a national sample of adolescent girls. *Women's Health Issues*, 14(3), 75-84.
- Valiente, C., Fabes, R. A., Eisenberg, N. et Spinrad, T. L. (2004). The relations of parental expressivity and support to children's coping with daily stress. *Journal of Family Psychology*, 18(1), 97-106.
- Valla, J. P., Bergeron, L., St-Georges, M., et Berthiaume, C. (2000). Le Dominic interactif : présentation, cadre conceptuel, propriétés psychométriques, limites et utilisations. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 29, 327–347.

- Webster, R. E. (2001). Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted. *Psychology in the schools*, 38(6), 533-547.
- Williamson, G. M., Walters, A. S., et Shaffer, D. R. (2002). Caregiver models of self and others, coping, and depression: Predictors of depression in children with chronic pain. *Health Psychology*, 21(4), 405-410.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., et Boudreau, P. (1987). *History of Victimization Form*, instrument d'évaluation non publié, London, Ontario, London Health Science Centre.
- Wright, J., Lussier, Y., Sabourin, S., et Perron, A. (1999). L'agression sexuelle à l'endroit des enfants. E. Habiman, M. Tousignant et Lethiers, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: Approche integrative*, Montréal: Gaétan Morin, 615-639.